Nr. 23. 5. czerwca 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

O jednym z najciekawszych typów somatycznych u ludzi, o jego istocie, pochodzeniu, właściwościach i schorzeniach *).

(Z cyklu badań nad przyrodą somatycznych typów ludzkich).

Jest rzeczą wiadomą, że przez mury Klinik i Szpitali przesuwa się przeważnie pewien tylko odłam zaburzeń wkrewnych. Są to przypadki albo bardzo proste, typowe, t. zw. szkolne, albo też niesłychanie zawikłane, ściśle naukowe, tkwiące już bardzo głęboko w dziedzinie patologji. Typ, o którym mam zamiar mówić, jest dyshormonją, pozostającą jeszcze pozornie w ramach fizjologicznych, ale po ścisłem zbadaniu odbiegającą od wkrewnej normy i mającą niezmiernie ciekawy mechanizm powstawania. Odcina się on bardzo ostro od reszty typów somatycznych. Jest niezmiernie rzadko, wprost wyjątkowo, spotykany. Dotyczy wyłącznie kobiet. Nie jest ani czystym typem tarczycowym (T), ani płciowym (G), ale jednym z najszczególniej podbarwionych ich stopów (TG). Dla szybszej orjentacji w tekście, omawiającym ten typ, określę go literą E. Motywem przewodnim dla opracowania tegoż była dla mnie jego wielka rzadkość, bardzo złożona istota i konieczność skupienia przy opisie jego przeróżnych wiadomości rozrzuconych fragmentarycznie w piśmiennictwie na tak znacznej przestrzeni, iż praca dla ich zebrania i synteza tego z dużych obszarów wiedzy skupionego zbioru, w celu naświetlenia jednego z najciekawszych typów ludzkich, stanowiła bardzo ponętne zadanie dla piszącego. Typ E dał też sposobność zajęcia się takiemi naukowemi zagadnieniami, jakie samoistnie podane, bez złączenia z nim, nie mogłyby w tym stopniu znaleźć warunków do należytego ich naświetlenia. Najnowsze prądy nauki, które w medycynie wewnętrznej związały inkretologję z całym szeregiem gałęzi wiedzy, jak nauka o konstytucji ustroju, antropologja i inne, a ze swej strony nie przeszkodziły jej utrzymać ściślej łączności z nauką o chorobach wewnętrznych — były też jednym, ze współczesnością liczącym się, bodźców dla ujęcia przedmiotu w taki sposób, jak to uczyniłem w niniejszej pracy. Rzecz samą poprzedzę krótkim wstępem ogólnej przyrody.

W chwili połączenia się komórek płciowych, z których każda odpowiada biologicznie połowie komórki, nastaje wymieszanie ich składowych, do których należą zawiązki cech somatycznych, psychicznych, rasowych i płciowych i tworzy się jedna komórka, stanowiąca biologiczną całość, nacechowana olbrzymim impetem energetycznym i będąca punktem wyjścia dla całego nowego ustroju [1]). Proces wspomnianego wymieszania jest bardzo złożony. Przyszła biologiczna budowla psychosomatyczna podlega kontroli twórczych motorów tkwiących w zawiązkach płciowych i rasowych. W tych ostatnich istnieje znów wielka rozmaitość nietylko w ich jakości, ale i w sposobie łączenia się. Te same zawiązki rasowe mogą się różnie połączyć, zależnie od tajemniczego jakiegoś czynnika, który je wiąże ze sobą, może się stąd wytworzyć różna wypadkowa antropologiczna, mająca olbrzymi wpływ na całą pracę twórczą zawiązków psychosomatycznych. Czynnik łączący może być takiego rodzaju, iż wywołuje wypadkowy zawiązek rasowy, który ma umiarkowany wpływ na energetykę twórczą psychosomatycznych bodźców biologicznych. Jest to czynnik normalny, źródło normalnych typów. Może się jednak zdarzyć, że połączenie to odbywa się odmiennie, a powstały wypadkowy zawiązek rasowy przestawia energetykę twórczą psychosomatycznych bodźców i wytwarza organizmy różne od t. zw. typowych. W tym ostatnim wypadku nie brak i wpływu na zawiązki płciowe, co u przyszłego osobnika odbija się na całokształcie czynności układu gruczołów dokrewnych. Powstaje w rezultacie bądźto osobnik wkrewnie zdecydowanie anormalny, będący składową tej grupy ludzi, którzy zapełniają Kliniki i Szpitale i są opisani w podręcznikach lekarskich, bądź też osoba klinicznie w ramach omal że normy, ale jakaś odmienna, inna od zwykłych, mająca swoistą przyrodę a przynależna do wielkiej grupy tarczycowej, w skład której wchodzi typ T, G i ich zespoły TG ze stopem E włącznie. Po tym krótkim wstępie podam w rozdziale I. wywód i opis typu E.

I.

Wiadomo, że od typów zwyczajnych do czysto tarczycowych jest przejść coniemiara. Zrazu ma się do czynienia z typem zwykłym, tylko tarczycowo podbarwionym. Składowa tarczycowa jest niekiedy słabą tylko domieszką do cech t. nadnerczowego (piknicznego), mięśniowego lub astenicznego, ale wtedy widzi się zazwyczaj, że w całości antropologicznej budowy danego człowieka jest jakaś nienormalność. Kruczo czarny przedstawiciel typu subnordycznego może być wprawdzie zbudowany według wzoru biologicznego N, ale ciemna pigmentacja jest tu czemś niecodziennem i zazwyczaj jest taki człowiek więcej nerwowy, cechuje go silniejszy blask oczu i inne domieszki właściwe dla typu tarczycowego. Bardzo jasny osobnik typu dynarskiego lub jasny presłowiański blondyn podobnie się zachowują; podobnie też człowiek idealnie nordyczny co do budowy, ale ciemny brunet lub też jasnowłosy człowiek aramenoidalnego pokroju o blado niebieskich oczach. Tu jest wszędzie wprawdzie całość odpowadająca typowi, ale pigmentacja daje znak istnienia jakiejś częściowej nieprawidłowości. I wszystko to łączyć się może z przymieszką cech dla T, a stąd tworzą się stopy: nadnerczowo-tarczycowy, mięśniowo-tarczycowy i asteniczno-tarczycowy i t. p. W miarę posuwania się dalej zdają się zanikać cechy przelegające ściśle do somatycznego i antropologicznego typu, a wyłaniają się cechy właściwe dla pewnego stopnia nadtarczyczności. W dalszym ciągu typ tarczycowy utrzymuje się, zjawia się nadwrażliwość płciowa a somatycznie i antropologicznie staje się całość w wysokim stopniu interesującą i zagadkową. I tu właśnie zaczynają się twory dziwne, niesamowite, o których wspomniałem na początku, istoty, które określiłem literą E.

W tem miejscu wtrącę małą uwagę odnośnie do różnych poglądów na właściwości ustroju kobiecego. Spór między uczonymi co do wyższości jednej płci nad drugą, trwa ciągle. Jest pewnem, że kobieta ma lżejszy kościec, mniej rozwinięte mięśnie, a stąd całość jej masy jest mniejsza. Wszystkie jej narządy są mniejsze i delikatniejsze, wyjąwszy tarczycę, ale z powodu mniejszego udziału kości i muskulatury w masie ciała, wypadają procentowo większe, choć są absolutnie mniejsze. Ta procentowa przewaga służy za dowód jednym uczonym przeciw drugim, którzy mówią o masie bezwzględnej narządów. Kto ma słuszność? Ma się wrażenie, że ci, którzy są pośrodku i mówią, że mężczyzna i kobieta są tworami odmiennemi, biologicznie się dopełniającemi. Podnoszono, iż w kobiecie jest dużo cech dziecka. Dążność do euryprosopji, nieco większa głowa, w stosunku do długości ciała, drobny kościec, słabsze w założeniu mięśnie, większa dążność do tycia, wodnista więcej krew, częstsza limfocytoza w tejże, niższe parcie krwi, nieco szybsza akcja serca i szybsze oddechy — to wszystko bywa u dzieci i często też okazuje kobieta o nieco do dziecka zbliżonym wyglądzie obok dużej ilości czysto kobiecych cech psychiki, nadto jeszcze coś z psychiki wieku dziecięcego. Naturalnie nie jest to regułą. Nie mam tu zamiaru głębiej wnikać w całe to ciekawe za-

---

*) Praca niniejsza jest szczegółowem omówieniem jednego z zagadnień z pośród bardzo wielu innych, poruszonych przez autora w wykładzie wygłoszonym na XIV posiedzeniu naukowem Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, dnia 29 kwietnia 1932 r. i streszczonym w sprawozdaniu z tegoż posiedzenia. Wobec poruszenia we wspomnianym wykładzie współczesnego pojęcia energetyki całego ustroju oraz obrazu tejże u poszczególnych typów ludzkich, wyłącza autor w niniejszej pracy typ, będący do pewnego stopnia wyrazem przesunięcia się energji gatunku na energję osobniczą i, jako ostro odgraniczony od innych, opisuje go oddzielnie.

[1]) Komórki ludzkie mają w jądrze materjał na 46 autosomów zawierających geny przenoszące cechy somatyczne, psychiczne i rasowe. Komórki kobiece mają ponadto 2 heterochromosomy płciowe typu X, a komórki męskie albo 1 heterochromosom płciowy X albo 1 typu Y. Dojrzałe komórki płciowe posiadają w jądrze podkład na 23 autosomów. W główce plemnika jest ponadto materjał na heterochromosom płciowy X lub Y albo też brak tego materjału. Jądro dojrzałego jaja posiada prócz substancji dla autosomów także i taką dla jednego heterochromosomu X.

gadnienie, wspominam o tem jedynie dlatego, że w opisywanym przeze mnie typie, który może co do swej psychiki był uważanym za 100% kobiecy, przejawia się po części zarys somatycznego infantylizmu, sprzężonego w szczególny sposób z właściwą bardzo złożoną psychiką kobiecą, co może przez kontrast szczególne znajdować podbarwienie, zwłaszcza, że nie brak też chwilowo pewnych bardzo delikatnie zaznaczonych cech psychiki dziecięcej. Nie jest wykluczonem, że w pewnych razach mogą niektóre z ostatnio wspomnianych cech być też celowo wywołane, zgrabnie użyte dla spotęgowania kontrastu. Na tem kończę wtrąconą do głównego tekstu uwagę.

Przechodzę do opisu przedstawicielek typu E, wśród których spostrzega się dwie odmiany, a te kolejno omówię.

Pierwsza odmiana to osoby bardzo drobne, istne minjaturki, o stosunkowo cokolwiek jakby za dużej głowie, co nadaje im nieco dziecinnego pokroju. Kościec nader delikatny, mięśnie dość słabe, skóra z zaznaczoną dermografją, włosy bujne, czasem kręte, a naturalny ich kolor ciemny, miedziany, rudawy lub rzadziej jasny. Oczy bardzo duże, nierzadko nieco skośne, brwi gęste, rzęsy długie. Kolor tęczówek często w dysproporcji z naturalną barwą włosów. Skóra powiek może mieć brunatnawy odcień (przebłysk objawu tak często występującego przy hipertyreozach). Nos krótki, meszek na wardze górnej. Usta o szczególnym wykroju, zęby zazwyczaj dość silne. Szyja miernie długa z zaznaczoną tarczycą. Tułów drobny umiarowy. Klatka piersiowa co do budowy prawidłowa. Płuca okazują czasem krótszy wypuk nad którymś ze szczytów bez wyraźnych zmian przysłuchowych. Serce wypukiem w granicach prawidłowych, przysłuchowo możliwy podmuch nad końcem serca. Rentgenologicznie serce stosunkowo małe. Tętno sprychowe dość małe i miękkie, zazwyczaj przyśpieszone. Brzuch niedużych rozmiarów, bez zmian. Kończyny drobne, ręce i stopy dziecinne. Odruchy ścięgniste bardzo żywe. Odnośnie do dalszych cech należy jeszcze nadmienić kilka właściwości typu E. Podściółka tłuszczowa jest tu słabo rozwinięta, sutki są stosunkowo duże [2]), owłosienie na wzgórku łonowym mierne, układ wegetatywny o typie eretycznym. Krew z mierną oligocytemją i oligochromemją. Limfocytoza procentowa i absolutna. Zwiększona tlenochłonność moczu. Przemijająca fosfaturja. Czasowo występuje lekki wytrzeszcz gałek ocznych i nieznaczne bardzo szybkie drżenie rąk. Przemiana podstawowa, wobec rzadkości samego typu, jeszcze trudniejszej sposobności poddania go badaniom p. s., nie rzuca równie silnego światła na cały obraz, jak reszta objawów przemawiających za zwyżką tarczycową. O ile się da wykonać, jest zazwyczaj wyższą od normy.

Druga odmiana typu E, to osoby smukłe, wysokie, gibkie, „wężowe"; kościec delikatny, także i mięśnie. Dermografja. Włosy na głowie bujne, często z natury kręte, bardzo różnego koloru. Brwi gęste, oczy duże z długiemi rzęsami. Tęczówki okazują też często niestosunek barwikowy (jasne przy naturalnie ciemnych włosach i naodwrót). Oczy są czasem skośnawe. Nos miernie długi, zwykle prosty, czasem krótki prosty, usta o ładnym wykroju, zęby stosunkowo drobne. Szyja długa i cienka („łabędzia") z widocznym słabym zarysem tarczycy. Klatka piersiowa długa, dość wąska. Krótszy wypuk nad którymś ze szczytów, bez wyraźnych zmian przysłuchowych. Serce wypukiem prawidłowe, możliwy podmuch skurczowy nad końcem serca. Rentgenologicznie serce wiszące. Tętno słabo napięte, często nieco przyśpieszone, czasem niemiarowe, o typie ekstrasystolicznym. Brzuch mały, bez wyraźnych zmian wypukowych. Kończyny długie, ręce o „pajęczych" palcach (arachnodaktylja). Podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Sutki stosunkowo duże. Owłosienie na wzgórku łonowym dość obfite. Reszta objawów właściwych opisywanej odmianie typu E, przypomina bardzo takież właściwości odmiany pierwszej.

To, o czem dotychczas wspomniałem, nie jest wszystkiem. Bardzo ważne cechy mieszczą sę też w obrębie właściwości układu nerwowego opisanych przedstawicielek typu E. Na pierwszym planie stoi tutaj niezwykła co do siły wybiórcza właściwość zmysłów, a obok niej szczególny całkiem swoisty całokształt psychiki tych osób. Omówię je kolejno.

---

[2]) Wielkość sutek kobiecych zależną jest 1) od rozwoju tkanki gruczołowej (działanie właściwych hormonów płciowych), 2) od ilości tkanki tłuszczowej zawisłej bądźto od ogólnej przemiany materji, bądź też od dosutkowych wyłącznie bodźców tłuszczorodnych, tkwiących w działaniu pochodnego choliny hormonu erotyzującego, 3) od wpływów naczynioruchowych, warunkujących napięcie *(turgor)* i wyższą ciepłotę sutka (działanie bodźca erotyzującego z udziałem odpowiednich hormonów).

II.

Ogólna czułość na impulsy zmysłowe, to nie jest ogólnie przyjęta zmysłowość. Ta ostatnia, tak cechująca osoby typu E, łączy się zawsze z nadwrażliwością sfery płciowej. Nikt nie mówi o drugim, że jest zmysłowy, jeśli brak wspomnianej nadwrażliwości, choć każdy zdrowy człowiek posługuje się wciąż narządami, będącemi punktem wejścia bodźców dośrodkowych. Są ludzie o bardzo wyrobionych organach tego rodzaju, a jednak nikomu na myśl nie przyjdzie nazwać ich w powyżej wspomniany sposób, jeśli nie są płciowo nadwrażliwi. Całe zagadnienie leży w tem, jakiego rodzaju zmysły i odbierane wrażenia wchodzą tu w rachubę, boć przecież wszystko polega tu na wybiórczej wrażliwości odnośnych narządów na pewne ściśle określone bodźce erotogennej przyrody.

Chcąc głębiej zanalizować całe zjawisko, należy uwzględnić jakość poszczególnych wrażeń odbieranych przez ludzkie organy, będące punktem wejścia bodźców dośrodkowych i dopiero wśród nich wyszukać te, od których t. zw. zmysłowość zależy.

Przyjąwszy wedle L. R. M ü l l e r a i W. D a h l a, iż centralny ośrodek płciowy leży w okolicy ciał sutkowych *(corpora mamillaria)* możemy zrozumieć ważność ich sąsiedztwa z tak potężnym, szarym masywem czuciowym, jakim jest wzgórek wzrokowy, połączony ze swej strony z ciałami prążkowanemi. Skromna wiązka Vicq d'Azyra łączy ciała sutkowe z wzgórkiem wzrokowym, do którego biegną z małemi wyjątkami (a jeśli uwzględni się jego kontakt z korą mózgową) wszystkie omal bodźce zmysłowe. Od ciał sutkowych biegną impulsy do ośrodków wegetatywnych i podążają wdal ku niższym częściom układu nerwowego i do obwodowych centrów wegetatywnych. Z tej pozornie drobnej, a jednak w istocie niesłychanie ważnej centrali wychodzą rozkazy tak potężnej siły — rozkazy, od których zależy utrzymanie ludzkiego gatunku.

Po tym krótkim wstępie, przejdę do rozpatrzenia ważności poszczególnych zmysłów dla sfery płciowej.

Rozpocznę od węchu.

Węch odgrywa w świecie zwierzęcym ważną rolę, jeśli chodzi o czynności płciowe. Przyroda zaopatrzyła ustroje w pewne naturalne pachnidła, wydzielane przez odpowiednie gruczoły a przytem obdarzyła samców w bardzo mocne, choć w istocie swej nieco surowsze, a samice w nieco słabsze, ale zato bardzo silnie zróżnicowane poczucie zapachu. U ludzi sprawa ta jest trochę więcej złożona, ale w zasadzie istnieje i tu niewątpliwa styczność sfery płciowej z węchem. Nos jest też punktem wyjścia łaskotliwych czuć przypominających cokolwiek zadowolenie płciowe. Pęcznienie sieci naczyniowych w nosie schodzić się może czasem z podobnym stanem ciał jamistych organów płciowych. Bóle w organach seksualnych żeńskich, zwłaszcza macicy, słabną nierzadko po zadziałaniu ciał znieczulających na muszle nosowe. Długość nosa schodzi się często konstytucjonalnie z dużemi rozmiarami organów płciowych, zwłaszcza w grupie astenicznej, a przeciwny co do wymiarów stan widuje się nierzadko u osób pikniczych (nadnerczowców).

Bodźce z komórek węchowych dochodzą, jak wiadomo, do komórek mitralnych w opuszce węchowej, a stąd idą włókna, które kończą się bądźto u kresu *tractus olfactorius*, bądź też w okolicy *trigonum*, w *septum pellucidum* i w *substantia perforata anterior*. Podczas gdy z komórek w *trigonum* i *septum pellucidum* idą drogi w *fornix* do ośrodków korowych (z *trigonum* i w *striae Lancisii)*, a podobnie to dzieje się z partją komórek w *substantia perforata anterior* (odgałęzienie *stria media* prowadzi przez *ganglion habenulae, fasciculus retroflexus, ganglion interpedunculare, ganglion tegmenti* a stąd do ośrodków wegetatywnych niższych) — to z grupy komórek w *tractus olfactorius* idzie jedna część dróg wprost do ośrodków korowych *(stria olfactoria lateralis)* a druga część dąży do guza popielatego *(tuber cinereum)*, ciał sutkowych *(corpora mamillaria)* i dalej do dna komory czwartej uzyskując tam styczność z jądrem czuciowem nerwu V. Ponadto istnieje połączenie komórek ze *subst. perforata anterior* ze wzgórkiem wzrokowym *(thalamus opticus)*. Z komórek korowych przynależnych do sfery węchowej biegną w *fornix* włókna powrotne i nawiązują łączność z ciałami sutkowemi. Jeżeli dodamy do tego wzajemne połączenie ośrodków korowych węchu przez *cingulum*, możemy dopiero poznać ścisłą łączność całej sfery węchowej korowej i podkorowej z ośrodkami wegetatywnemi i centrami płciowemi. Za korowe ośrodki węchu można uważać centra w *gyrus fornicatus* (tamże i smakowe) a więc *gyrus cinguli* komunikujący przesmykiem *(isthmus)* z *gyrus hippocampi* (włącznie z *subiculum, g. uncinatus* i *nucleus amygdalae)*, róg Ammona *(cornu Ammonis)* oraz *g. dentatus* z jego ciągiem dalszym jako *induseum griseum striae Lancisii, taenia tecta* i i. Wyłączność tych okolic korowych jako węchowych

(względnie po części i smakowych) i możliwość istnienia innych jeszcze (do pewnego stopnia tylko poznanych) ośrodków dla wymienionych zmysłów mogą być jeszcze wdzięcznem polem dla dalszych dociekań.

Wiadomo, że substancyj chemicznych, nacechowanych zapachem, jest bardzo dużo. Nieorganiczne mają przeważnie woń przykrą, ostrą, duszącą, cuchnącą lub nie dającą się z niczem porównać (właściwą, swoistą). W zapachach tych są obfite składowe czuciowe, a tylko część jest czysto węchowa. Podobieństwo woni chloru, ozonu i NO_2 wskazują, że same składowe chemiczne nie grają tu roli decydującej, ale raczej inne, fizykalne czynniki. Lotne związki zawierające S, Se, Te, P, As, B odznaczają się niemiłym zapachem. Chemja organiczna obfituje też w ciała o woni niemiłej (związki organiczne zawierające S, P, As, Sb, Se, Te, Zn, Hg, nadto izonitryle, naftyljaki, indol, skatol, fenol, krezol, kwasy tłuszczowe, jak masłowy, izowalerjanowy, kapronowy, ketonokwasy, jak np. kwas pyrogronowy), ale są tam wonie bardzo swoiste (smołowe, gryzące, eteryczne, korzenne, owocowe) a wreszcie upajające i miłe. Ciekawem jest, że ciała odległe od siebie chemicznie mogą wonieć podobnie. Często spotyka się woń pomarańcz (heptan, dwufenylometan, limonen), chrzanu (dwuallil, olejek gorczycowy, $Pb/CH_3/_3OH$), kamfory (kamfora japońska, CCl_6, $/CH_3/_3OH$, perchloroeter, durol), mięty (mentol, menton, dimetyloetylokarbinol, estry obojętne kwasu siarkowego, ketopięciometylen), czosnku (siarczek allilu, estry NCSH zwłaszcza allilowy, dwu- i czterohydrobenzole), ryb lub nasienia, (aminy i pokrewne, imidazol), benzolu (benzol, tiofen), chloroformu ($CHCl_3$, furan i pyrol), gorzkich migdałów (HCN, nitrobenzol, aldehyd benzoesowy). Korzenny zapach okazuje dwu-metylowany aceton, woń orzecha stwierdza się u takich ciał, jak dwuaceton lub chinon, zapach owoców lub wina cechuje niektóre ketony i estry kwasów tłuszczowych. Związki organiczne zawierające amyl mają coś ze sobą wspólnego. Swoiście pachną etery, mimo różnicy ich składu. Z wszystkich tych ciał jedynie aminy i im pokrewne mogą widnieć wśród ciał wpływających swą wonią naturalną drogą na sferę erotogenną, reszta albo działa hamująco albo też wpływa na ustrój w odmienny sposób, bądźto podniecając apetyt, bądź też przypominając drogą asocjacji inne rzeczy. Kumaryna przypomina np. pole w czasie sianokosu, wanilina i wonne składowe cynamonu zalatują kuchnią, terpeny pachną igliwiem lub lakierem. Cała masa ciał o woni miłej i eterycznej zwraca myśl ku pracowni chemika organicznego lub przypomina zapach, jaki spotyka się w aptekach. Gdzie szukać ciał o erotogennej woni? Sądzę, że tylko wśród wabiących swym wdziękiem zapachów kwiatowych naturalnych i sztucznych. Ciała chemiczne, dające się pojąć jako wynik przerwania rdzenia benzolowego w cymolu, z dodaniem wody i uwodorodnieniem, nacechowane są upajającym zapachem. Substancje te mają charakter alkoholów lub aldehydów (ciała o woni róży i konwalji). Salicylan amylowy ma woń storczyka, eter β naftyloetylowy pachnie kwiatem akacji, piperonal ma woń heljotropu, aldehyd fenylooctowy przypomina zapachem hiacent, aldehyd undecylowy irysy, woń jaśminu posiada keton zwany jasmonem, tuberon pachnie tuberozą, jonon i iron, aromatyczne ketony, mają charakterystyczne cechy zapachu fiołka, wonnym składnikiem gwoździków jest między innemi eugenol, szczególny zapach ma upajający olejek eteryczny z pewnych gatunków maku, podobny zapach ma zespół woni konwalji i storczyka. Oto są ciała, które w odpowiednich mieszaninach mogą obok innych mocno pobudzić erotogenną sferę. Na czem polega to pobudzenie? Istota zapachu ma już warunki do tego, ale wydatniej wchodzą tu w grę asocjacje korowe. Każda prawie kobieta używa z umiarem jako pachnidła pewnej określonej woni. Woń ta zespala się psychicznie z jej postacią i przypomina tę ostatnią, skoro zostanie wyczutą. Te sygnały węchowe odgrywaja w ludzkim erotyźmie bardzo ważną rolę i pozwalają przypuszczać, że nieraz nietylko sam zapach ma w sobie specjalne cechy, ale raczej engramma pożądanej płciowo postaci z tą wonią psychicznie związanej.

Przejdę do innych zmysłów.

Smak w omawianej biologicznie sferze gra podrzędną rolę u ludzi, naturalnie w ramach fizjologicznych.

Punktem wejścia bodźców smakowych do centralnego układu nerwowego jest dno komory czwartej (*nucleus alae cinereae* nawiązujący styczność z jądrem *nervi intermedii*). Do tych ośrodków dążą bodźce z języka, podniebienia miękkiego i tylnej ściany gardzieli (*pharynx*). Smak słony odczuwa język, słodki i kwaśny głównie przednia jego część i tylna ściana *pharynx*, gorzki tył języka i nieco słabiej *pharynx*, cierpki zwłaszcza ostatni. Drogi smakowe: 1) z przodu języka przez nerw IX. lub drogą: *nervus lingualis, chorda tympani, ganglion geniculi n. facialis, n. tympanicus i gangl. petrosum* n. IX., 2) z tyłu języka naogół podobnie choć może z większym udziałem drogi wprost przez n. IX., 3) z podniebienia miękkiego, a) *via gangl. oticum, n. petrosus superficialis minor, gangl. geniculi n. facialis, n. tympanicus, g. petrosum n.* IX.; b) *via gangl. sphenopalatinum, n. petrosus superf. major, g. geniculi n. facialis, n. intermedius;* 4) z tylnej ściany *pharynx:* wprost przez nerw IX. (z udziałem *g. petrosi).*

Centralna droga smakowa prowadzi z dna komory czwartej przez *lemniscus medialis, thalamus opticus* i torebkę wewnętrzną (*capsula interna*) do kory mózgowej.

Zmysł smaku jest bardzo skąpy we wrażenia. To co mienimy w potocznej mowie smakiem, jest zazwyczaj zespołem smakowo-węchowym, niekiedy nawet związanym z bodźcami czuciowemi. W samym smaku trzeba odróżnić czyste wrażenie, nie zmieniające swej jakości przy stopniowaniu podniet, jak np. gorycz, czy słodycz, od czuć rzekomo smakowych, a w istocie czuciowo smakowych, jak odróżnianie nadmiaru H' (smak kwaśny), przewagi OH' (smak ługowaty), obecności jonów chlorowcowych i potasowcowych przy odpowiedniem rozszczepieniu ich związków (smak słony) lub też domieszek innych składowych czuciowych termicznych i innych (smak ostry, drapiący, chłodzący, palący, ściągający i inny). Smak gorzki właściwy jako czyste wrażenie smakowe pewnym jonom jak Ba'', Mg'', SO_4'' wywołują też alkaloidy i różne inne ciała organiczne zawarte szczególnie w pewnych roślinach. Smak ten w sferze erotogennej nie ma znaczenia. Inaczej ma się rzecz ze słodyczą. Jest to smak w pierwszej chwili bardzo miły. Słodycz cechuje substancje o charakterze alkoholów wieloatomowych szeregu tłuszczowego, alkoholo-aldehydy i alkoholoketony i ich zespoły (mono- i disacharydy). Bardzo silny słodki smak wykazuje karbamidylfenetydyna, imid kwasu sulfobenzoesowego, niektóre aminokwasy i pewne anjony mineralne. Nie daje się zaprzeczyć, iż uczucie słodyczy może być obok innych wrażeń zmysłowych użyte jako bodziec erotogenny, ale nie wprost, lecz raczej przez uruchomienie tych procesów ośrodkowych, które są współczynne i w powstawaniu innych bodźców zmysłowych o wyraźnym wpływie erotogennym. Odczuwamy tą drogą słodycz zapachu, słodkie brzmienie głosu i słodycz pewnych postaci ludzkich. Jest w naszym mózgu coś, co zostaje pobudzone do pracy przez pewne bodźce miłe, łagodne, upajające, ale równocześnie powstające przez odczuwanie słodyczy smakowej. Możliwe, że stosowanie tej ostatniej równocześnie z odczuwanemi bodźcami innej przyrody potęguje ich nasilenie, ale wykluczonem jest, aby bodziec smakowy sam jako taki mógł być wprost, w normalnym stanie, użyty dla pobudzenia erotogennej sfery.

Zkolei omówię zjawiska akustyczne.

Droga bodźców akustycznych jest mimo swej wysoce złożonej przyrody stosunkowo łatwa do opisu. Te ponad 20.000 dróg nerwowych słuchowych z każdej strony, przechodzące z organu Cortiego przez zwój spiralny nerwu ślimakowego i przez nerw słuchowy do jego jądra (*nucleus ventralis, tuberculum acusticum*), skąd biegnie droga nerwowa bądźto z *tuberculum acusticum* częścią powierzchownie (*striae acusticae*), badźto z *nucleus ventralis* głęboko wprost lub przez *n. olivaris superior* na drugą stronę, ostatecznie tworzy *lemniscus lateralis,* znajdujący swe oparcie w ciele kolankowem wewnętrznem, poczem torebką wewnętrzną dąży do kory mózgowej płatu skroniowego i tam znajduje styczność z resztą sfery psychosenzorycznej i kojarzeniowej.

Podobnie jak pewne bodźce węchowe wiążą się i zjawiska akustyczne ściśle z pobudzeniem płciowem w świecie zwierzęcym. U ludzi są wrażenia węchowe związane ze sferą erotogenną w sposób więcej złożony, aniżeli u zwierząt — co zaś się tyczy bodźców akustycznych, to są one u ludzi dużo więcej wyszukane, ale równie ważne, jak u tamtych. Śpiew, gra na instrumentach muzycznych, dźwięczny, miły głos przy mówieniu, to wszystko „budzi zmysły", jak to się mówi potocznie. Tylko zjawiska akustyczne o muzycznej naturze są u ludzi wybrane przez sferę płciową, inne tak dalece w grę nie wchodzą. Ale nietylko ogólny charakter, ale i jakość muzycznego wrażenia gra w tem zjawisku rolę. Obfitość, ale delikatność alikwotów, co nadaje „aksamitną" miękkość dźwięku, czy też „okrągłość i perlistość" tonu, zmienność diatoniczna z dążnością do pewnych ściśle określonych zespołów tonalnych, częstość odstępów tonalnych, małych, zmniejszonych i półtoratonowych, chromatyka zstępująca z akcentem lub przedłużeniem tonów końcowych oraz dążność do przelotnych zespołów o rozdźwiękowej przyrodzie — oto składowe muzyczne, które najprostszemu otworowi muzycznemu mogą nadać cechy zmysłowe. Na tle tych kalejdoskopowo zmiennych, a dyskretnych nastrojowo zciszonych wrażeń akustycznych, może pojawiać się jakaś melodja, rytm lub specjalna barwa tonu, może melodja celowo urywać się w środku, sprawiając wrażenie drażniącego muzycznego niedosytu, a to wszystko łącznie ze wspomnieniami pewnych osób może u ludzi muzycznie uzdolnionych wywoływać silne wrażenie. Asocjacja akustyczno-wzrokowa może w muzycznie zerotyzowanej postaci działać dużo silniej, aniżeli we formie prostej, surowej. Zakres analizy

tych zjawisk, o ileby chciało się je w pełni rozwinąć, przekroczyłyby znacznie ramy niniejszej pracy i z tej przyczyny ograniczę się do uwag powyżej podanych.

W dalszym ciągu zajmę się rolą najsilniejszego ze zmysłów t. j. wzroku w pobudzaniu ośrodków płciowych.

Wiadomo, że elementów czułych w każdem oku jest 3 miljony, stoją one w bezpośredniej styczności ze składnikami siatkówki, dającej się pojąć jako część oka będącą wysuniętym odłamem mózgu. W nerwie wzrokowym każdej strony jest około miljon dróg nerwowych, które przez ciałka kolankowe zewnętrzne lub też wprost zdążają do jądra zewnętrznego wzgórka wzrokowego, a stąd przez torebkę wewnętrzną do płatu potylicznego.

Jeśli chodzi o rolę wzroku w dostarczaniu erotogennych pobudek dla mózgu, to jest ona bardzo ważna, a całe zjawisko jest niezmiernie złożone. Silne jaskrawe światło jest jako takie pewnym hamulcem centrów płciowych, raczej potrzebne jest tutaj mniejsze nasilenie światła, które łagodzi kontury widzianych przedmiotów, nadaje im nieco tajemniczości, pozwala dużo domyślać się i upiększać w duchu niedokładnie widziane obrazy. Barwy nabierają tu innych odcieni, są subtelniejsze, przymglone. Urok nastroju zmierzchu, zwłaszcza przy odpowiednio wysokiej temperaturze i odpowiedniej wilgotności powietrza, urozmaicone jeszcze przez zapach kwiatów lub zdala słyszalną zciszoną muzykę, ma w sobie dużo warunków erotogennej przyrody. Obok siły światła wchodzi też w grę barwa tego względnie barwne zespoły świetlne. Zdolność załamywania, odbijania względnie pochłaniania pewnych składowych białego światła dziennego, zależy od właściwości fizyko-chemicznych i może dawać przepyszne barwne efekty. Tak zwane świecidełka są od wieków marzeniem kobiet, gdyż znają one dokładnie urok tych barw w odniesieniu do płci przeciwnej, o ile są odpowiednio dobrane do całokształtu postaci. Sam problem barwy jest naogół bardzo zawiły.

Barwa źródeł światła zależy od składu tegoż (jakość linji lub pasm widma linjowego lub pasmowego, długość widma ciągłego, jakość absorbcyjnego lub superponowanego). Barwa ciał oświetlonych tkwi w zdolności tychże do załamywania lub rozczepiania światła złożonego z barwnych składowych, od stopnia pochłaniania, przepuszczania czy też odbijania promieni świetlnych. Istota tych własności ciał warunkujących ich barwę ma nadto łączność z ich chemicznym składem. Wśród substancyj objętych chemją nieorganiczną okazują barwę (pomijając białą, szarą i czarną) związki zawierające w swym składzie Cl, Br, J, S, Te, Cr, W, U, Bi, V, Di, Pb, Hg, Cu, Ag, Au, Mn, Fe, Co, Ni, Ru, (Os, Rh), Ir, (Pd), Pt. W ciałach organicznych istnieją pewne ogólnie znane grupy chromoforowe, które warunkują barwę substancji.

Przyroda umie prostym sposobem stwarzać przepych barw. Załamywanie się lub rozczepianie składowych dziennego światła białego jest źródłem wielu przepięknych zjawisk (gra barw świtu i zmierzchu, barwy skrzydeł motyli). Chemja barwików kwiatowych jest niezmiernie prosta i polega na stosunku H' do OH' w komórkach roślinnych, przez co fenyl-benzo-pyrylonowe antocyjanidyny glukozydowatych antocyjanów kwiatowych są raz niebieskiemi związkami z zasadą roślinną, drugi raz ciemno-czerwonemi pochodnemi tej samej substancji, w której tlen stał się czterowartościowym i pozwolił na przyłączenie kwasu roślinnego do drobiny substancji barwikorodnej. Rozmaitość stosunku H' do OH' poszczególnych komórek może przez nałożenie barwy dawać przepiękne wypadkowe tem bardziej, że obok wyżej podanych zabarwień, mogą antocyjany dawać też samoistnie zależnie od wahań H' : OH' także i inne barwne efekty.

Dla osoby, na którą działa barwa w sposób pobudzający ośrodki płciowe, jest zagadnienie barwy w zasadzie obojętne — jej chodzi tylko o poczucie barwy i o ustosunkowanie się jej do tła obrazu. Pod tym względem może istnieć nieskończona ilość możliwości, zależnie od cech bardziej indywidualnych, ale jako ogólne prawidło zdaje się istnieć reguła, że barwy krańcowe widma zdają się być pod tym względem silniejsze od barw położonych pośrodku. Wrażenia wzrokowe zdolne są jako takie wzbudzić nastrój pobudzenia seksualnego, ale ponadto potrzebna jest zasadniczo składowa potęgująca ich nasilenie, a tą jest zawsze prawie osoba płci przeciwnej. Koło niej uwija się dopiero splot tych różnych czuć wzrokowych i potęguje ich siłę działania.

Najbardziej bezpośrednie czucia, wpływające na ośrodki płciowe przynależne do zmysłu dotyku, ucisku, temperatury i inne, tkwią swą istotą w bodźcach z t. zw. powszechnie znanych u kobiety pól erotogennych, bądź też u skrajnie przewrażliwionej całej omal powierzchni ciała. Są one zbyt znane i opisane, by bliżej nad niemi się zastanawiać. Czuciowe ich drogi skupiają się w systemie włókien zwanym *lemniscus medialis*, wkraczają do wzgórka wzrokowego, a stąd torebką wewnętrzną do kory mózgowej, gdzie zajmują, zależnie od swej przyrody, różne umiejscowienie. Wejście czuć omawianej kategorji do wewnętrznego jądra wzgórka wzrokowego daje im możność zetknięcia się z głównemi ośrodkami wegetatywnemi i z ośrodkiem płciowym, a to nadaje im szczególną bezpośredniość, czego w tym stopniu nie można powiedzieć o wrażeniach wzrokowych, a tem mniej o słuchowych. Drogi tych ostatnich nie szukają nawet bezpośredniej styczności z wegetatywnym ośrodkiem płciowym i stąd jest podbarwienie bodźców akustycznych, o ile chodzi o ich istotę, wybitnie korowe.

Tak przedstawia się w trzeźwem oświetleniu nauki istota zjawisk, wobec których może istnieć szczególna nadczułość, stanowiąca biologiczną, a nierozerwalnie z typem E splecioną, właściwość ustroju zwaną popularnie zmysłowością. Jest ona w istocie niczem innem, jak tylko szczególnie zabarwioną wybiórczą nadwrażliwością, owładniętego pewnemi hormonami układu nerwowego na pewne ściśle określone fizykalne lub chemiczne bodźce i ma takie same prawa do naukowego ujęcia, jak wszelkie inne przejawy życia ludzkiego.

Mówiąc o wybiórczej nadwrażliwości zmysłów u przedstawicielek typu E, nie mówiłem jeszcze o bólu.

Ból, ten sygnał alarmowy ustroju, przykre, złożone czucie animalno-wegetatywnej przyrody, które tak szczegółowo i głęboko opracował K. Rożkowski, jest jak wiadomo tak u zwierząt, jak i u pewnych ludzi w pewnym stosunku do sfery płciowej. Doszedłszy do kory mózgowej, wywołuje on pewien jej stan, który może też powstać drogą inną, czysto psychiczną. Ból psychiczny jest też podnietą płciową i to jeszcze w ramach normy, podczas gdy fizyczny bywa w tym celu używany u ludzi, pod względem seksualnym odbiegających od przeciętnego stanu fizjologicznego. Dla typu E jest nie ból fizyczny, ale czysto psychiczny, zwłaszcza tęsknota, ważną podnietą, podobnie silną, jak inne poprzednio wymienione bodźce zmysłowe, o których szczegółowo mówiłem. Objaw ten wchodzący już w ramy czystej psychiki typu E, poruszę w dalszym ciągu tylko pokrótce i szkicowo.

Psychika wspomnianego typu jest schizotymiczna, t. j. ma powierzchnię (fasadę) i głębię. Dzieli się ona — jak zresztą u każdej kobiety — na część właściwą wszystkim ludziom, odnoszącą się do codziennych spraw życiowych, — stosunku do rodziny i rodzeństwa, do zajęć i obowiązków zawodowych i przedstawia się tu nieraz wcale dodatnio i na część oddaną wyłącznie sferze seksualnej. Ta ostatnia jest zazwyczaj u kobiet dużo pokaźniej zaznaczona, niż u mężczyzn, ale u osób przynależnych do typu E jest szczególnie rozwinięta i ma całkiem swoiste zabarwienie. Punktem szczytowym całego mechanizmu jest w psychice typu E bardzo silne zainteresowanie sobą mężczyzny, ale bez dojścia do istotnego biologicznego celu. Sposoby służące do tego polegają na wyzyskaniu odpowiedniej okoliczności, przy nader zgrabnem posługiwaniu się kontrastem, nastrojem i właściwą, estetycznie podaną grą afektów. Wszystko to z czasem osiąga swój cel psychiczny w sposób pozornie mało jaskrawy, a mimo to bardzo silny, bo umiejętnie użyty.

Jeśli zestawić całokształt cech tkwiących w układzie nerwowym kobiet przynależnych do typu E, to można je zebrać w trzy zasadnicze punkty: 1) wybiórcza krańcowa nadczułość na pewne bodźce zmysłowe, 2) szczególny wpływ bólu psychicznego na sferę płciową, 3) podobny do poprzedniego wpływ na tę sferę poczucia widzianej przez kobietę typu E skuteczności, wywartego przez nie szczególnie silnego działania psychicznego na mężczyzn, w swoisty bardzo kunsztowny sposób.

III.

Przejdę do zobrazowania strony wkrewnej typu E. Wiadomo, że na sto kobiet miejskich jest średnio 75 dających się inkretorycznie określić[3]), w tem ponad 40 tarczycowych (T), blisko 10 nadnerczowych (piknicznych, N), około 11 asteniczek (A), ponad 5 płciowych (G), kilka procent wybitnych wkrewnych podczynności (hipogenitalizm, hipotyreoza) — reszta to przeróżne mieszaniny typów lub ich zniekształcone postacie, a obok nich istne inkretoryczne zagadki. Największą zaś z nich jest omal że najrzadszy czysty typ E. Rzadko spotykany, bardzo mało dostępny ścisłym studjom, zaciekawia badacza tem bardziej, że ogół badających lekarzy odnosi się doń albo jak do tworu leżącego poza granicami możności poznania, lub też zalicza go do takich zespołów diagnostycznych jak bliżej nieokreślona hipertyreoza lub też histerja. Są-

---

[3]) Dotyczy to materjału złożonego z miejskich kobiet względnie zdrowych. Przy obszerniejszem uwzględnianiu kobiet chorych wynosi ilość typów mięszanych, jak to już wykazałem w mej pracy o somatycznych typach ludzkich dotyczącej kobiet (cz. II.). (Polska Gazeta lekarska, 1927, 49), aż 31.5% (tylko 11% nadaje się do bliższego określenia). Statystyka z osób wyłącznie ciężko chorych dałaby jeszcze większe odsetki mięszańców.

dzę, że zawsze tak nie jest. Mija nieraz dużo czasu zanim znajdzie się możność ścisłego jego naukowego określenia, a gdy to się stanie można mieć dopiero pewne dane ścisłe. Zdarzyło się np. że jeden z takich inkretorycznie podobnych typów znalazł się wyjątkowo w Klinice wewnętrznej Uniw. J. K., a dotyczył osoby z ciężką niedomogą serca. Chora zmarła mimo wszelkich zabiegów, by utrzymać ją przy życiu. Przyszło do sekcji i co się okazało przy badaniu układu wkrewnego. Cokolwiek większa, ale normalna strukturowo szyszynka, duża przerosła tarczyca o charakterze nadczynności, grasica jak na wiek chorej za duża, małe nadnercza i omal że zanikłe jajniki [4]). Wyszło więc na jaw, że pod typem E krył się tu szczególny zespół nacechowany infantylizmem, hipogenitalizmem, słabym rozwojem układu chromochłonnego i nadczynnością tarczycy. Mechanizm w całości był jasny i w szczegółach dał się dalej poznać przy studjum innych przypadków klinicznych z podobnemi składowemi dyshormonalnemi. Inne, możliwie dokładniej poznane przypadki, dotyczące typu E, przemawiają też za podobną istotą tychże, przyczem drobny typ zdaje się raczej odpowiadać infantylizmowi złączonemu z pewnym stopniem hipogenitalizmu a wyrównany tarczycą, a typ smukły ma cechy astenji złączonej z pewnym stopniem hipogenitalizmu a także wyrównanych nadczynnością gruczołu tarczykowego. Punkt szczytowy samej istoty typu zdaje się tkwić w układzie nerwowym; tutaj jest motor wyrównawczy zaburzenia. System nerwowy podnieca tu tarczycę, a ta cały ustrój, który się spala w krótkim czasie, rozsiewając naokół niesamowity nastrój, trzymający otoczenie w stanie nienaturalnego podniecenia i odbierający mu zimny, naukowy krytycyzm. Życie przedstawicielek typu E burzliwe i krótkie, wyczerpuje ich ustrój i nie pozwala im zazwyczaj dojść nawet do t. zw. siły wieku, przyczem ulegają rychło przeróżnym cierpieniom, niszczącym ich organizm. Czy można tu myśleć o częściowem przemieszczeniu swoistej energji płciowej ze sfery komórek rozrodczych do ośrodków seksualnych układu nerwowego, a więc o przesunięciu energji gatunku dla celów osobniczego impetu życiowego — to dziś może jeszcze oczekiwać pewnej odpowiedzi, choć wykluczonem być nie musi. Właściwa istota całości tkwi w każdym razie w głębiach biologicznych procesów, ważnych przy nietypowem złączeniu zawiązków antropologicznych, a sygnałem tego bardzo dalekiego zjawiska jest stale stwierdzana u przedstawicielek typu E limfocytoza krwi [5]).

IV.

Schorzenia właściwe typowi E można ująć w trzy punkty:

1) choroby przypadkowe, jak zakażenia i wszelkie zachorzenia możliwe i u innych ludzi w następstwie przeróżnych szkodliwości,

2) choroby wymagające do swego rozwoju istnienia pewnego wrodzonego tła,

3) nerwice.

Pominąwszy punkt pierwszy jako niecharakterystyczny dla typu, zajmę się punktem drugim.

Typ E okazuje skłonność do gruźlicy właściwej całej grupie tarczycowej, z którą omawiany typ jest spokrewniony — ale jest ona dużo słabsza aniżeli w czystych typach T. Wiadomo, że gruźlica porywa wśród ludzi najczęściej istoty powabne, delikatne, przeczulone — a to są wszystko osoby przynależne do wielkiej grupy tarczycowej. Mówiono, że toksyny gruźlicze pobudzają tarczycę. Słusznie, ale przytem dodać trzeba zdanie, iż sama gruźlica znajduje najlepszy grunt w ustrojach podpadających pod działanie tarczycy. Osobnik, będący pod wpływem gruczołu tarczykowego, jest skłonny do gruźlicy, która tę zwyżkę tarczycy jeszcze nieco potęguje. Przedstawicielki typu E są raczej skłonne do łagodnych gruczołowych spraw wnękowych, a drobne zwyżki temperatury są u nich bardzo częste. Do cięższej gruźlicy są mniej usposobione. Wieczorne niewielkie podwyżki ciepłoty nie bywają przez te osoby odczuwane — nadają im one raczej pewnego sztucznego podniecenia ze swoistym blaskiem oczu i rumieńcami w okolicy łuków jarzmowych i bywają dłuższy czas nie zauważone, dopóki lekarz, badając te osoby z powodu jakiegoś schorzenia przypadkowego, dodatkowo ich nie odkryje. Opisane schorzenia gruczołów wnękowych okazują w typie E skłonność do łatwego uspokajania się i przygasania a stąd są przy odpowiedniem leczeniu terapeutycznie wdzięczne. Drugiem schorzeniem, dla którego typ E daje pewne tło mogą być anemje miernego stopnia z oligochromemją. Czy są one następstwem, czy też wywoływaczem zwyżki tarczycowej, nie zawsze można określić. Możliwe, że jest ona jednem i drugiem. Zwyżka tarczycy wpływa zmniejszająco na ilość erytrocytów, a to zmniejszenie zwiększa odczyn na tarczycę [6]).

Punkt 3) to nerwice. Eretyzm wegetatywny typu E, w pojęciu L. Korczyńskiego daje możliwość wszelkich wahań w nastawieniu wegetatywnem i nacechowany jest dużą wielokształtnością, ale to, co dlań jest szczególnie cechujące, leży w osobliwych postaciach nerwic naczynioruchowych. O tem, że przeważna część osób tego pokroju ma z natury niskie ciśnienie krwi, pisałem już w mojej pracy o podciśnieniu tętniczem. Podawałem tam też ogólną charakterystykę osób tego rodzaju. Typ drobny, nie asteniczny, nieco infantylny ma dążność do stanów naczyniowych spastycznych w obrębie twarzy i kończyn, a stanów przeciwnych w obrębie układu przedwłosowatego tułowia, a stąd łatwość blednięcia twarzy, bardzo zimne blade kończyny, dość nikłe tętno sprychowe, a uczucie gorąca i rozpalona skóra w obrębie tułowia. Typ smukły, o astenicznym pokroju, okazuje ogólne zwiotczenie systemu przedwłosowatego, uczucie zimna i łatwość omdlewania przy wzruszeniach. Nerwice naczynioruchowe pierwszych są wegetatywnie bardzo mieszane, u drugich mają nieco zabarwienia parasympatycznego. Zaburzenia sercowe pierwszych, to skłonność do przyśpieszenia akcji serca i bóle w okolicy serca bądźto kłujące, przeszywające, bądź też ściskające lub rozpierające. Druga grupa odczuwa raczej to uczucie zamierania akcji serca (wstęp do prekapilarnych omdleń), to znów niemiarowość (parasympatyczne skurcze dodatkowe), to znów różne parestezje w okolicy serca, jak uczucie gorąca, to znów uczucie zimna, to wreszcie ciężaru. Nerwice te mają tło wegetatywne wywoływane korowo, a stąd można je uważać za psychopochodne. Często łączy się stan nadwrażliwości serca z nadwrażliwością całego układu naczynioruchowego, przez co powstają obrazy, będące wyrazem wyładowania się afektu do systemu naczyniowego, a to może przy umiejętnem zahamowaniu mimiki właściwego afektu a nałożeniu dowolnem mimicznego wyrazu twarzy przynależnego do innego przeżycia sprawiać na otoczeniu bardzo silne i wzruszające wrażenie. A w wykorzystywaniu takich właśnie zespołów dla wywarcia wpływu na osobników płci przeciwnej, są nieraz przedstawicielki typu E prawdziwemi mistrzyniami.

*

Tyle o typie E, zrosłym z błyskotliwem, nerwowem, sztucznem życiem miast, typie żyjącym wzruszeniami i sztucznem podnieceniem a pozostawiającym po sobie wspomnienie czegoś równie miłego, jak i denerwującego. W miastach stanowi on wśród kobiet ułamek procentu, a gdy oddalimy się od większych skupień ludzkich, gdy z miast przejdziemy do wsi, znika on już zupełnie, bo co z niego tam było i żyło w minimalnej ilości, to pierzchło do miast. Wspominałem już o procencie udziału poszczególnych typów wśród kobiet miejskich. W miarę oddalania się od większych osiedli zmienia się skład procentowy poszczególnych typów wśród kobiet. Maleje wydatnie ilość tarczycowych (T), wzrasta procent przedstawicielek typu mięśniowego (M), pojawia się obficie typ mięśniowo-nadnerczowy (MN) tak charakterystyczny dla czerstwych, rumianych, silnych, a przytem pulchnych wiejskich piękności, mniej jest kobiet dyshormonalnych i typów mieszanych. Typy G zdają się być dużo mniej liczne, a brak zupełny przedstawicielek typu E. Kobiety tarczycowe, przedstawicielki typu G, grawitują ku uciechom miasta, a typ E tylko wśród nich żyć jest w stanie. Nie ma dlań warunków wśród czystej przyrody. Do tej ostatniej lgną i umieją z nią żyć w zgodzie typy silniejsze, antropologicznie i wkrewnie prostsze, somatycznie łatwiejsze do określenia, bardzo żywotne, płodne i tryskające zdrowiem, ale przez tę właśnie względną biologiczną równowagę pozbawione w znacznym stopniu tych szczególnych, w typie E w dużej ilości zawartych, cech, ważnych dla lekarza internisty, a zwłaszcza inkretologa, które mogą, w odpowiedniem naświetleniu, rzucać tyle ciekawego światła na zawiły mechanizm pewnych ważnych dla nauki zjawisk w ludzkim ustroju.

---

[4]) Bliższe dane odnośnie do tego przypadku podałem między innemi w pracy mej ogłoszonej w Polskiem Archiwum Medycyny Wewn. Tom IX. z. 2.

[5]) Głębszą biologiczną istotę limfocytozy omówiłem w mej pracy ogłoszonej w Polskiem Archiwum Medycyny Wewn. Tom X. Z. 1.

[6]) Badania W. Koskowskiego, które odkryły niezwykłą wartość erytrocytów, jako elementów chłonących dostające się do krążenia ciała czynne, mają doniosłe znaczenie dla wytłumaczenia wielu tajemnic biologicznych, wchodzących w obręb inkretologji. Dla klinicysty mają one olbrzymią wartość i otwierają okno z widokiem na bezbrzeżny i całkiem do dziś nieznany obszar wiedzy. „Przypadkowe" anemje czy też poliglobulje „towarzyszące" zaburzeniom wkrewnym mogą być pierwszorzędnej wagi. Anemje mogą łagodzić objawy niedomogi wkrewnej a poliglobulje uspokajać hiper-hormonalne stany.

Piśmiennictwo:

Bab: „Neues und Kritisches über die Beziehungen der inneren Sekretion zur Sexualität und Psyche". Jahreskurse für aerztliche Fortbildung. 11. 1. 1920. — Bauer J.: Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. 1921. — Bernthsen A.: Podręcznik chemji organicznej (w przekładzie polskim B. Hryniewieckiego, T. Rotarskiego, H. Miączyńskiego, W. Ciechońskiego i K. Jędrychowskiego). 1902. — Bickel H.: Die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischem Geschehen u. Blutkreislauf. 1916. — Blotevogel: Ztschr. f. mikr. an. Forsch. 1928. B. 13. H. 3/4. — Bocura C. J.: Geschlechtsunterschiede beim Menschen. 1913. — Czekanowski J.: Zarys antropologji Polski. 1930. — Dauville: Psychologie de l'amour. Paris 1894. — Ewald G.: Temperament u. Charakter. 1924. — Gläsmer Erna: Körperbau. u. Sexualfunktion. 1930. — Hansemann D.: Med. Klinik. 1919. 3. — Hart C.: Berl. klin. Wochenschrift. 1918. 26. — Hoffmann A.: Herz u. Konstitution. Jahreskurse f. aertzl. Fortbild. 9. H. 2. 1918. — Hoffmann F. A.: Deutsche med. Wochenschr. 1917. S. 1500. — Jung: Ztschr. f. Menschenkunde. B. I. 1925. — Knoll-Wagner: Synthetische u. isolierte Riechstoffe u. ihre Herstellung. 1928. — Kochmann: Würzb. Abh. 1928. B. 5. H. 3. — Koskowski W.: Właściwości dynamiczne krwi w czasie trawienia. „Kosmos". T. 55. Z. I—II. 1930. Serja A. — Kretschmer E.: Körperbau u. Charakter. 1925. — Laquer, Young: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1928. B. 80. H. 6. — Liebhart S.: Pol. Gazeta lek. 1930. 6. — Maciąg A.: Pol. Archiwum Med. Wewn. Tom IX. z. 3. — Mathes P.: Der Infantilismus, die Asthenie u. deren Beziehungen zum Nervensystem. 1912. — Müller F.: Konstitution u. Individualität. 1920. — Müller L. R.: Die Lebensnerven. 1924. — Parnas J. K.: Chemja fizjologiczna cz. I. 1922. — Rothfeld J.: Wykład o orgasmolepsji i pobudzeniach seksualnych w stanach narkoleptycznych (Protok. XXVI. Pos. nauk. Lw. Tow. lek. z 6 listopada 1931). Nadto: Ztschr. f. d. ges. Neurologie u. Ps. 115. z. 34. 1928. — Rożkowski K.: Pol. Archiwum Med. Wewn. Tom VI. z. 1. — Tandler J., Gross S.: Die biologischen Grunlagen der sekundären Geschlechtscharaktere. 1913. — Villiger E.: Gehirn u. Rückenmark. 1917. — Wahle R.: Entstehung der Charaktere. 1928. — Weininger O.: Geschlecht u. Charakter. 1922. — Wexberg E.: Individualpsychologie. 1928. — Zondek H.: Die Krankheiten der endokrinen Drüsen. 1926 r.

Uwaga: Niniejsze zestawienie piśmiennictwa, dotyczące głównego tematu i związanych z nim zagadnień, zawiera pewną tylko część prac z tego zakresu. Ze względu na przytłaczający swym ogromem całokształt literatury, omawiającej te zagadnienia a brak odpowiedniej ilości miejsca na podanie całości piśmiennictwa, umieściłem w powyższem zestawieniu tylko prace z różnych dziedzin wiedzy, z któremi temat główny, choć ściśle internistyczny, jako temat naukowy, przecież stykać się musi.

W. KOSKOWSKI — J. DADLEZ. Lwów.

O właściwościach farmakodynamicznych i leczniczych wody siarczano-wapniowej ze źródła „Adolfa" w Lubieniu Wielkim.

(Z Instytutu farmakologji doświadczalnej U. J. K.).

Wody siarczane w Lubieniu Wielkim były przedmiotem badań przedewszystkiem W. Podsońskiego. Autor ten badał wpływ kąpieli siarczanych na ciśnienie krwi, schorzenia nerwów obwodowych, schorzenia stawowe i t. d. oraz wpływ wziewań w rozmaitych schorzeniach górnych dróg oddechowych (1). Wyczerpujące badania Podsońskiego odnoszą się do stosowania zewnętrznego wody siarczanej z Lubienia Wielkiego. Tematem niniejszej pracy natomiast są wyniki doświadczeń wykonanych na zwierzętach i badań efektów działania wody siarczanej ze zdroju „Adolfa" u człowieka. Wodę tę zaliczyć należy do wód siarczano-wapniowych z dość znaczną domieszką soli magnezowych. Woda jest wybitnie hipotoniczna.

Badanie wody ze źródła „Adolfa" skierowane zostało, ze względu na obszerny zakres właściwości farmakodynamicznych wody, w kilku kierunkach. Zwróciliśmy uwagę na dnę i wydalanie kwasu moczowego z ustroju, badaliśmy wpływ jej stosowania w gośćcu przewlekłym, określaliśmy wpływ podawania wody *per os* na czynność oddechową i przemianę gazową, badaliśmy zachowanie się w żołądku, jelicie oraz wpływ różnych stężeń wody na czynność różnych odcinków jelita izolowanego. Wreszcie na człowieku określono efekty działania diuretycznego. W związku z zawartością zasadniczych w działaniu składników mineralnych w wodzie do picia ze zdroju „Adolfa", zwróciliśmy uwagę również na całość zagadnienia przemiany siarki w ustroju. Ważny ten problem nie ma jedynie znaczenia ze względu na losy samej siarki w ustroju, lecz wiąże się z zagadnieniem najbardziej istotnych zjawisk w życiu komórki zdrowej i w stanie schorzenia. Łączy się poza tem ściśle z niektóremi zagadnieniami wewnętrznego wydzielania i dietetyki, działania sił obronnych ustroju i mechanizmów, które ułatwiają ochronę ustroju przed działaniem jadów pochodzenia biologicznego, organicznego i mineralnego. Dlatego też działanie siarki jako środka pomocniczego w t. zw. leczeniu konsolidującem i odczulającem znalazło osobne omówienie. Oczywiście zadaniem badań naszych było przedewszystkiem zwrócenie uwagi na własności farmakodynamiczne takie, które usprawiedliwiają stosowanie wody siarczanej ze zdroju „Adolfa" w różnych stanach chorobowych i które dają terapji tej naukowe uzasadnienie.

Wpływ wody siarczanej ze źródła „Adolfa" na wydalanie kwasu moczowego z ustroju.

Woda siarczana ze źródła „Adolfa" w Lubieniu Wielkim wywiera wpływ korzystny na wydalanie kwasu moczowego z ustroju. Doświadczenia wykonane zostały na ludziach ze względu na późniejsze wskazania i ich uzasadnienie ale też dlatego, że człowiek i małpy człekokształtne jedynie wydalają większe ilości kwasu moczowego, jako ostateczny produkt przemiany purynowej w ustroju. U zwierząt ssących kwas moczowy ulega przemianie na alantoinę i stąd tylko niewielkie ilości tego kwasu opuszczają ustrój drogą nerkową.

Możnaby oczywiście badać i u zwierząt wpływ wody siarczanej lubieńskiej na przemianę purynową i wydalanie alantoiny z ustroju. Obserwacje jednak na ludziach pozwalają otrzymać wyniki bardziej ściśle i dają gwarancję większej czystości i dokładności.

Wpływ wody ze źródła „Adolfa" na wydalanie kwasu moczowego u osobników chorych na dnę przewlekłą. Dla przykładu przytaczamy tutaj doświadczenie, w którem oznaczano ilościowo kwas moczowy w moczu dobowym najpierw w stanie zwykłym a następnie w okresie przyjmowania wody lubieńskiej w ilości 750 cm³ dziennie.

Osobnik w średnim wieku, od lat kilku cierpiący na dnę. Zastosowano dietę prawie bezpurynową. Wyłączono alkohol zupełnie. Badany spożywał stale oprócz pokarmów mącznych, jaj, jarzyn około 100 g mięsa dziennie. Ilość płynów przyjmowanych na dobę jednakowa.

	Ilość dobowa moczu	kwasu moczowego
13. I. 1932	1020 cm³	0,869 g
14. I. „	1250 „	0,649 „
15. I. „	910 „	0,860 „
16. I. „	1270 „	0,880 „

W dniu tym zaczęto podawać wodę ze źródła „Adolfa" w ilości 750 cm³ dziennie.

17. I. 1932	1670 cm³	0.844 g
18. I. „	1570 „	0.889 g
19. I. „	2170 „	1.151 g
20. I. „	1960 „	0.919 g
21. I. „	2040 „	1.060 g
22. I. „	2000 „	1.299 g

W tym okresie średnia ilość moczu dobowego i ilości kwasu moczowego wynosiła dla:

Okresu normy	1102 cm³	0.814 g
Okresu picia wody	2042 „	1.107 „

Nie bierzemy tutaj pod uwagę wstępnego okresu — dwóch dni — od chwili rozpoczęcia picia wody z tego względu, iż mimo wzmożonej diurezy kwas moczowy w tym czasie jeszcze nie rozpoczął się wydalać w zwiększonej ilości. W dalszym ciągu badania wydalanie kwasu moczowego i diureza, po zaprzestaniu podawania wody, przedstawiały się następująco:

	Ilość dobowa moczu	Ilość wydalanego kwasu moczowego
23. I. 1932	1700 cm³	1.037 g
24. I. 1932	1610 „	0.880 „
25. I. 1932	1850 „	1.028 „
26. I. 1932	2000 „	0.873 „
Przeciętna:	1840 cm³	0.954 g

Z powyższego badania, przytoczonego tutaj dla przykładu, a wybranego z pośród innych, podobnych, widać, że na początku podawania wody lubieńskiej zaznacza się okres, w którym podawanie wody aczkolwiek wzmaga diurezę, nie daje żadnego wpływu na ilość wydalanego kwasu moczowego. Okres ten trwa dwa, w niektórych doświadczeniach trzy dni. Następnie rozpoczyna się okres znacznie wzmożonego wydalania kwasu moczowego. Wydalanie wzmożone utrzymuje się nietylko przez czas podawania wody, lecz utrzymuje się niekiedy przez czas dłuższy, nawet po zaprzestaniu podawania wody. Schneider w roku 1925 stwierdził, że równowaga w wydalaniu kwasu moczowego po zaprzestaniu leczenia wodą siarczano-wapniową Contrexeville, następowała niekiedy dopiero po dwóch miesiącach. Działanie nie jest jedynie wynikiem wzmożonej diurezy lecz efektem rozpuszczania i eliminacji kwasu moczowego dzięki składnikom chemicznym wody oraz ewentualnie dzięki własnościom fizycznym (radjoczynność).

Woda siarkowa ze źródła „Adolfa" posiada zatem wybitny wpływ na wydalanie kwasu moczowego z ustroju ludzkiego i może być czynnikiem leczniczym w dnie. Równocześnie z wydaleniem wzmożonem kwasu moczowego ustępują niektóre kliniczne objawy dny przewlekłej, przedewszystkiem zaś następuje zmniejszenie bolów i znużenia mięśniowego.

Wodę siarczaną ze źródła „Adolfa" zastosowano również w leczeniu reumatyzmu przewlekłego. Dla przykładu przytaczamy obserwację u chorej, u której stosowano wodę lubieńską w ilości 750 cm³ przez długi okres czasu. Badano wydalany kwas moczowy oraz określano ilość dobową moczu.

	Ilość dobowa moczu	Ilość kwasu moczowego
15. I. 1932	615 cm³	0.562 g
16. I. „	1290 „	0.465 „
17. I. „	690 „	0.696 „
18. I. „	440 „	0.428 „
Rozpoczęto podawanie wody w ilości 750 cm³ dziennie.		
19. I. 1932	1490 cm³	0.661 g
20. I. „	1160 „	0.368 „
21. I. „	1100 „	0.424 „
22. I. „	2130 „	0.538 „
23. I. „	1210 „	0.375 „
24. I. „	960 „	0.706 „
25. I. „	1400 „	0.625 „
26. I. „	1000 „	0.368 „
27. I. „	1670 „	0.494 „
28. I. „	1300 „	0.337 „
29. I. „	1230 „	0.506 „
30. I. „	1670 „	0.434 „

Przeciętna przed podawaniem wody 758 cm³ moczu oraz 0.537 g kwasu moczowego.

W okresie picia wody 1362 cm³ moczu i 0.477 g kwasu moczowego.

Celem sprawdzenia wpływu innych środków na wydalanie kwasu moczowego u badanej chorej zastosowano podawanie piperazyny a następnie atofanu i badano wydalanie kwasu moczowego w moczu dobowym. Ilości te wynosiły w pierwszym wypadku 0.475 g (przeciętna z 3 dni) i 0.420 g (przeciętna z 4 dni).

Podawanie piperazyny w dużych dawkach.

	Ilość dobowa moczu	Ilość kwasu moczowego
	300 cm³	0.249 g
	1100 „	0.635 „
	1600 „	0.542 „
Przeciętna	1000 cm³	0.475 g

Podawanie atofanu w ilości 2 g dziennie.

	1200 cm³	0.462 g
	800 „	0.363 „
	1240 „	0.474 „
	760 „	0.384 „
Przeciętna	1000 cm³	0.420 g

Doświadczenia z piperazyną i atofanem powtarzano kilkakrotnie otrzymując jednakowe wyniki. Kwas moczowy wydalany nigdy nie przekraczał granic prawidłowych. Większa ilość wydalanego moczu pochodzi stąd, iż wzmożona diureza utrzymywała się czas dłuższy nawet po zaprzestaniu podawania wody.

Oznaczenie kwasu moczowego we krwi naczczo i po trzydniowej diecie bezmięsnej wykazało u badanej chorej 3.76 mg kwasu moczowego, a więc ilość normalną.

W samopoczuciu chorej oraz w objawach ocenianych objektywnie zaszła znaczna poprawa. Ruchy w stawach zostały znacznie ułatwione, bóle zmniejszone, ogólne samopoczucie dobre. W okresie picia wody chora żadnych innych leków nie przyjmowała.

Przytoczyliśmy przykładowo niniejsze doświadczenie, ażeby wykazać wpływ korzystny podawania wody także w schorzeniach reumatycznych, niezależnych od zaburzeń w gospodarce purynowej ustroju. Tutaj inne czynniki działania farmakodynamicznego wody wchodzą w grę, w dnie natomiast eliminacja kwasu moczowego przedewszystkiem wysuwa się na plan pierwszy jako czynnik leczniczy, kwas moczowy bowiem odgrywa ważną rolę w patogenezie dny. Jego obecność w zwiększonej ilości we krwi, na powierzchniach chrząstek stawowych, w guzkach dnawych i w mięśniach świadczy o zaburzeniu funkcji przemiany purynowej w ustroju. Kwas moczowy występuje we krwi i w tkankach pod postacią moczanów jednosodowych, w guzkach oprócz moczanu jednosodowego znajduje się kwas moczowy pod postacią moczanu wapniowego i jednopotasowego. Oczywiście wychodząc z tego stanowiska patogenicznego istotą działania leczniczego w dnie będzie zmniejszenie ilości kwasu moczowego w ustroju. Uczynić to można przez ograniczenie podawania pokarmów, które stać się mogą źródłem kwasu moczowego w ustroju, z drugiej zaś strony przez użycie sposobów eliminacji kwasu moczowego i to przedewszystkiem drogą rozpuszczania go.

Związki purynowe zawarte w pokarmach a mianowicie kwasy nukleinowe związane z białkiem w jądrach komórkowych są źródłem kwasu moczowego w ustroju. Drogą ich rozkładu, desamidacji i utleniania powstaje jako ostateczny produkt kwas moczowy. Kwas ten ulega częściowej eliminacji przez nerki, w warunkach jednak patologicznych część kwasu moczowego, która nie mogła być wydalona, krąży we krwi, częściowo zaś drogą dyfuzji przechodzi do tkanek, w których ulega zatrzymaniu.

Ograniczenie dowozu związków purynowych w pokarmach siłą rzeczy zmniejsza tworzenie się kwasu moczowego w ustroju, zastosowanie natomiast odpowiednich zabiegów leczniczych zwiększa jego eliminację. Rozdział specjalny leczenia dny stanowią kąpiele borowinowe, siarczane, błotne piaskowe i t. d., gdzie składniki chemiczne organiczne i mineralne a także fizyczne jak ciepłota i ewentualnie radjoczynność wchodzą w grę jako czynniki lecznicze. Na plan pierwszy wysuwa się jednakże podawanie wód mineralnych drogą przewodu pokarmowego. Wśród wód zaś wody siarczane najważniejszą w tym względzie odgrywają rolę. Wchodzi tutaj oczywiście w grę i czynnik diuretyczny, wody bowiem siarczane typu lubieńskiej, działają wybitnie moczopędnie, elementem jednak najbardziej istotnym działania leczniczego jest siarka. Może istnieć działanie lecznicze wód mineralnych niezależnie od stopnia diurezy. Obserwowaliśmy to w czasie naszych doświadczeń, podkreśla też ten fakt Stransky dla wody karlsbadzkiej i Schneider dla wody Contrexeville. Pomijamy tutaj wpływ antyanafilaktyczny wody siarczanej, którego to mechanizmu nie można nie uznawać, o ile przyjmuje się pewien związek przyczynowy pomiędzy powstawaniem dny a wzmożonem uczuleniem ustroju na swoiste alergeny. W samej jednak przemianie siarki w ustroju, podanej w postaci wody siarczanej drogą przewodu pokarmowego i w postaci kąpieli można znaleźć chemiczne uzasadnienie jej dynamicznego wpływu.

Przewlekły gościec stawowy oddawna leczono stosowaniem połączeń siarki. Sprawie systematycznej resulfuracji starano się nadać podstawy doświadczalne. Obecnie, gdy różne właściwości siarki znalazły odpowiednie podstawy w ocenie jej różnorodnego działania, wraca jej uznanie tem bardziej, że i wielorakość działania siarki znajduje pewien odpowiednik w wielorakości przyczyn przyjmowanych w patogenezie gośćca przewlekłego. Przyczyny te są niesłychanie skomplikowane a klasyfikacja ich bardzo trudna. Na osobnika, który stanowi teren przygotowany przez warunki (wiek, płeć, dziedziczność, rasa, środowisko etc.) działa intoksykacja zewnętrzna lub wewnętrzna albo też zakażenie. Lecz te bodźce przyczynowe powodują gośćce przewlekłe przez rozmaite mechanizmy a mianowicie naczyniowe, mechaniczne, nerwowe, wewnętrznowydzielnicze, sympatyczne i t. d., do których należy dodać rodzaj odczynu ze strony chorego. Wielorakość oraz charakter często się zazębiających mechanizmów patogennych świadczą o tem, że gośćce przewlekłe mogą być wynikiem przyczyn rozmaitych. Mimo tych wielorakich przyczyn leczenie wodami siarkowemi daje dobre efekty przez wpływ siarki na mechanizmy chorobotwórcze. (Barrau, Flurin, J. Forestier, F. Françon, Gay (1932)). (2). Siarka wzmaga żywotność tkanek, jest czyn-

nikiem antyseptycznym, dezintoksykacyjnym, antyanafilaktycznym stąd też i liczne punkty uchwytu działania mogą stanowić podstawę rozległego działania farmakodynamicznego i terapeutycznego.

Nie wymieniamy tutaj różnych form leczenia siarkowego w reumatyźmie przewlekłym. Faktem nie ulegającym wątpliwości jest, że wpływ pomocniczy wody siarkowej podawanej *per os* w wypadkach, w których to jest tylko możliwe spełnia ważne zadanie lecznicze (V i n c e n t). Rola wapnia jako dodatkowego czynnika eliminacyjnego jest również podnoszona (P. L. V i a l l e), jako bardzo korzystna w działaniu eliminacyjnem.

Losy siarki w ustroju.

Zanim omówiony zostanie mechanizm przemian, jakim ulega siarka w ustroju, należy zwrócić uwagę na pewne właściwości chemiczne siarki, uwzględniając zachowanie się jej wobec siarkowodoru i jego pochodnych oraz grup sulfhydrylowych. W roztworach siarczków np. siarczku sodowego albo wydorosiarczku sodowego, a nawet w mieszaninie siarczków jednometalicznych i siarkowodoru, siarka rozpuszcza się jeszcze przy pH = 6.64 w ciepłocie 40° C. Tworzą się przytem wielosiarczki metaliczne i wodoru a także tiosiarczan sodowy. Z pośród wielosiarczków wodoru najlepiej jest znany pięciosiarczek (H_2S_5) i jego sole. Przyjmuje się także istnienie produktów pośrednich jako połączeń samoistnych, jakkolwiek nie wyklucza się możliwości, że te pośrednie związki są mieszaniną jednosiarczków i pięciosiarczków np.

$$NaHS_3 = \frac{NaHS + NaHS_5}{2}.$$

Zachowanie się siarki wobec siarkowodoru możnaby przedstawić w sposób następujący:

$$4S + H_2S \rightleftarrows 3S + H_2S_2 \rightleftarrows 2S + H_2S_3 \rightleftarrows S + $$
$$+ H_2S_4 \rightleftarrows H_2S_5.$$

W miarę zakwaszania odczyn przebiega ku stronie lewej, zaś przy alkalizowaniu ku stronie prawej. W środowisku kwaśnem więc wyzwala się siarka z wielosiarczków.

Siarka wprowadzona do przewodu pokarmowego ulega w dolnych odcinkach jelita cienkiego a także w jelicie grubem zetknięciu z wodorem, powstającym przy procesach gnilnych. Siarka łączy się z wodorem na siarkowodór i wielosiarczki wodoru o ogólnym charakterze H_2S. Źródłem siarkowodoru są również ugrupowania sulfhydrylowe związków chemicznych rozpowszechnione w tkankach np.

$$\begin{matrix} R-SH \\ R-SH \end{matrix} + S = \begin{matrix} RS \\ | \\ RS \end{matrix} + H_2S$$

Oddają one wodór siarce tworząc przytem kompleksy bardziej złożone. Stąd też siarka przekształca się w siarkowodór w zetknięciu z błoną śluzową jelit, tkanką mięsną, głębszemi warstwami skóry i t. p. W jelicie siarkowodór ulega częściowo zobojętnieniu tak, że ostatecznie gromadzi się tam mieszanina siarkowodoru, siarczków i wielosiarczków. Związki te ulegają wchłonieniu i dostają się do obiegu krwi, skąd pod wpływem bezwodnika węglowego zamieniają się częściowo na siarkowodór wydalany zwykłemi drogami eliminacyjnemi. Inna część siarczków utlenia się na kwas siarkowy. Podkreślić należy znaczenie wchłaniania wielosiarczków. Odznaczają się one tem, że słabe nawet przesunięcia w stężeniu jonów wodorowych w kierunku zakwaszenia powoduje ich rozkład z wydzieleniem siarki, która ponownie przekształca się w siarkowodór i siarczki. Zachodzi zatem możliwość wydzielania się siarki w jakimś ograniczonem ognisku chorobowem, zdala od miejsca wchłonienia. Tam też następnie przychodzi do nagromadzenia się siarkowodoru i siarczków. Siarczki dwumetaliczne w roztworach oddziaływują zasadowo i jako takie mogą wchodzić w grę jako czynnik rozpuszczający moczany. Siarka wydzielona z wielosiarczków nie zmienia się w całości na siarkowodór lecz może być magazynowana jako siarka obojętna, przedewszystkiem w nadnerczach (L o e p e r i współpracownicy). (3).

Woda mineralna siarkowa ze źródła „Adolfa" ma tę wartość, jako czynnik leczniczy w dnie, że zawiera siarkowodór i tiosiarczany, jako związki transportujące siarkę. One obejmują w tej wodzie siarkowej rolę wielosiarczków, a dostawszy się do krwi ulegają tam pod wpływem bezwodnika węglowego rozkładowi z wydzieleniem siarki. Wytwarza się przytem jon SO_3, który utlenia się szybko na jon SO_4. Ten sam proces odbywa się także w tkankach.

Dowieziony w postaci gotowej i wytworzony w ustroju siarkowodór wywiera działanie farmakodynamiczne określone na ośrodki oddechowe, układ naczyniowy i t. d., które to efekty opisał szczegółowo w naszem laboratorjum F. K m i e t o w i c z (4).

Wpływ wody siarczanej ze źródła „Adolfa" na oddychanie i przemianę gazową.

Praktyka leczenia schorzeń dróg oddechowych w zdrojowiskach, zawierających wody siarczane, polega na różnych zabiegach, dzięki którym siarka zadziałać może na zmiany anatomiczne lub czynnościowe dróg oddechowych. W pewnych wypadkach picie wód jest czynnikiem wspomagającym leczenie. Siarka bowiem, bez względu na sposób wprowadzenia, wydziela się częściowo w postaci siarkowodoru przez błonę śluzową dróg oddechowych, ma więc działanie miejscowe.

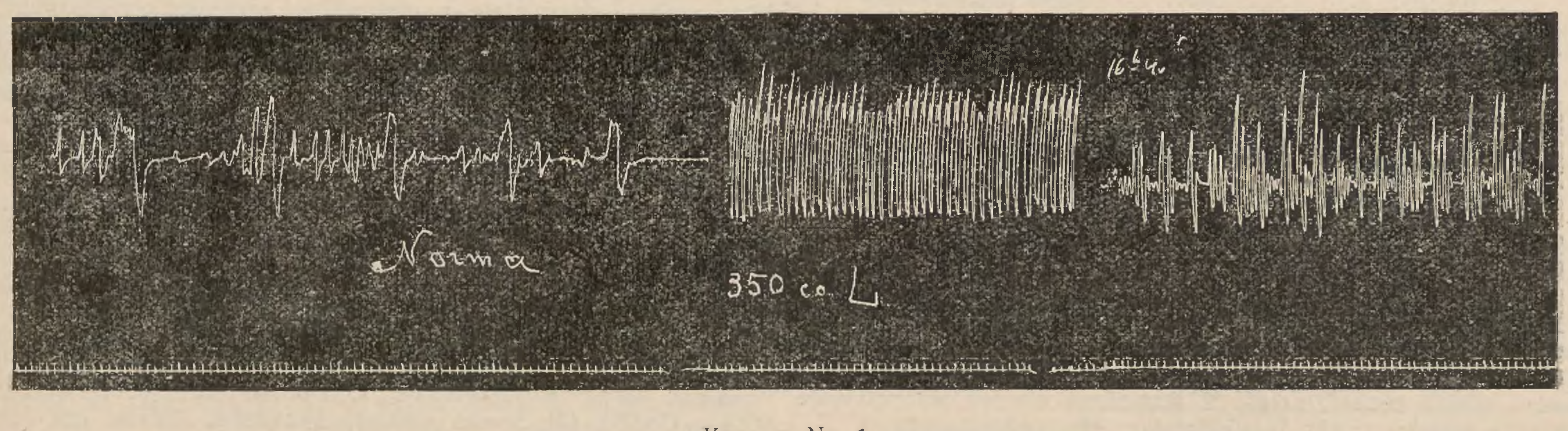
Wody siarczane naturalne stosowane do wewnątrz zasadniczo winny zawierać jak najmniejsze ilości siarki utlenionej, jako głównego składnika. Woda jest tem lepsza, im więcej zawiera siarki nieutlenionej, dlatego iż przechodząc stadja przemian chemicznych w ustroju, ma większą wartość dynamiczną. Odnosi się to również i w dużej mierze do narządu oddechowego.

Wyjątek stanowić może związek siarkowy zawierający tlen, jakim jest tiosiarczan, który jak wyżej zaznaczono odgrywa dużą rolę jako czynnik wyzwalający siarkę w tkankach. Obecność zatem tego składnika w wodach siarczanych jest bardzo wskazana.

Wskazania do stosowania wód siarczanych naturalnych opierają zatem na wpływie farmakodynamicznym ogólnym i miejscowym.

K m i e t o w i c z (4) w doświadczeniach swoich określił rolę farmakodynamiczną siarkowodoru, działającego po wchłonieniu przez skórę oraz po wprowadzeniu do przewodu pokarmowego w postaci gazowej i w postaci wód siarczanych. Okazuje się również, że siarkowodór wprowadzony do przewodu pokarmowego działa na oddychanie. Silne dawki powodują przyśpieszenie oddychania a następnie zatrzymanie. Sztuczne oddychanie pozwala na nowo przywrócić oddech. Zaburzenia oddechowe nie są wynikiem wpływu na nerw błędny. Atropina lub przecięcie nerwów błędnych u badanych zwierząt nie zmienia charakterystycznego wpływu siarkowodoru wprowadzonego do jelita. Po dawkach średnich oddech jest przyśpieszony, amplituda nieco większa. Objętość oddechowa wzmaga się parokrotnie.

Doświadczenia powyższe zgodne są z opinją P i e r r y, B o n a m o u r i M i l h a u d'a, którzy wykazali, że wstrzykiwanie siarczków jednometalicznych u królików powoduje wzrost amplitudy oddechowej i to głównie w wydechu. Zmiany te przechodzą po ukończeniu wstrzykiwania i ustępują miejsca przyśpie-



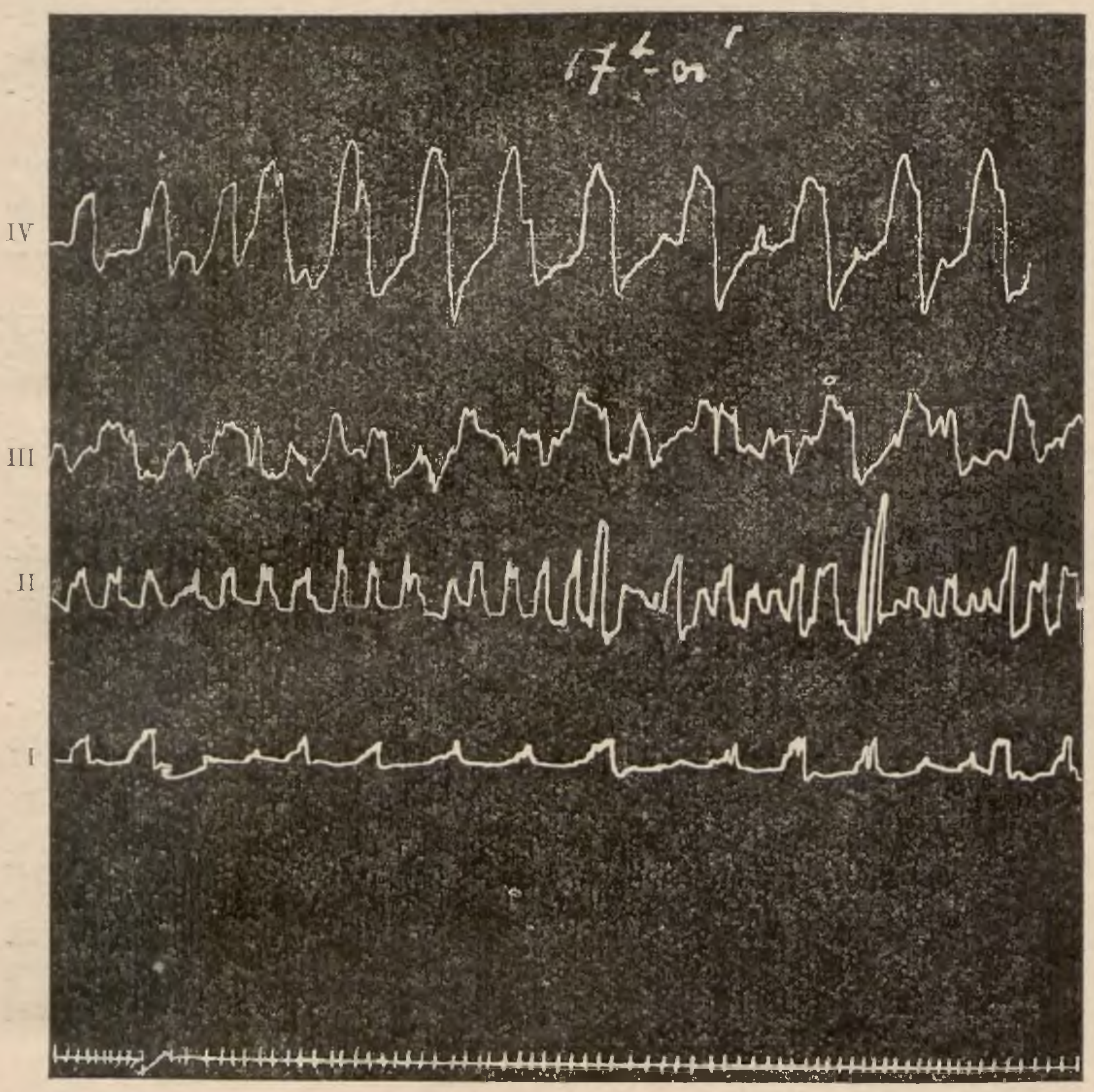
Krzywa Nr. 1.

szonemu oddechowi *(tachypnoe)*, niezbyt jednak silnemu. Przytem H e u b n e r (1926) (6) zauważył wzrost przemiany podstawowej.

Doświadczenia nasze wykonane na psach wykazały, że woda ze źródła „Adolfa“ wywiera wpływ na czynności oddechowe i przemianę gazową. Wprowadzenie 250 cm³ wody do żołądka powoduje przyśpieszenie i pogłębienie oddechu. Stan ten utrzymuje się nawet kilka godzin po podaniu wody, aczkolwiek oddech staje się już wtedy mniej szybki i nieregularny. (Krzywa Nr. 1).

Na załączonej krzywej Nr. 2 widoczny jest wpływ wody siarczanej ze źródła „Adolfa“ na oddychanie.

Patrząc od dołu widoczna jest krzywa oddechowa w normie (I.) a następnie krzywe oddechowe po podaniu wody. Widoczny jest wpływ na amplitudę i szybkość oddechu (II.). Po paru godzinach (III. i IV) oddech staje się nieregularny, amplituda, zwłaszcza w IV, znacznie powiększona.



Krzywa Nr. 2.

Nietylko jednak w zachowaniu się krzywej oddechowej zachodzą zmiany po przyjęciu wody lubieńskiej. Istnieje również wpływ na przemianę oddechową. Doświadczenia nasze wykonane zostały według metodyki opisanej poprzednio. W powietrzu wydechowem zwierząt badanych oznaczano ilość bezwodnika węglowego i tlenu zużytego, dalej określano objętość oddechową. Przytoczone jako przykład doświadczenie najlepiej ilustruje otrzymane wyniki.

Pies wagi 7 kg, tracheotomja, powietrze zbierane jest zapomocą systemu wentylów do worków. Badanie objętości oddechowej dokonywane jest w spirometrze, zaś składu chemicznego w aparacie Haldane'a.

	CO_2 w cm³ na jedną min.	O_2	Współczyn. oddech.	Objętość oddechowa
10h 50'	73.71 cm³	83.43 cm³	0.87	2.730 litra
11h 34'	65.00 „	77.00 „	0.81	2.500 „
12h 42'	62.51 „	74.92 „	0.83	2.386 „
13h 00'	Wprowadzono zgłębnikiem żołądkowym 350 cm³ wody siarczanej ze źródła „Adolfa“.			
13h 05'	116.01 „	97.23 „	1.26	9.260 „
13h 10'	76.24 „	72.60 „	1.05	2.276 „
13h 45'	79.76 „	86.98 „	0.91	2.890 „

W ciągu dalszym obserwacji wyniki przedstawiają się następująco:

14h 20'	71.95 „	75.59 „	0.95	3.036 „
14h 45'	59.19 „	64.39 „	0.88	2.183 „
15h 35'	67.03 „	76.10 „	0.88	2.520 „
17h 15'	64.93 „	74.52 „	0.87	2.740 „

	CO_2	O_2	Współczynnik	Objętość oddech.
Średnie z okresu normy:	67.07 cm³	78.45 cm³	0.85	2.538 litr.
Okres I. po podaniu wody:	90.67 „	85.60 „	1.05	4.802 „
Okres II. po podaniu wody:	65.27 „	72.65 „	0.89	2.636 „

Z doświadczenia przytoczonego okazuje się, że po wprowadzeniu do żołądka wody siarczanej ze źródła „Adolfa“ następuje przejściowy wzrost ilości bezwodnika węglowego wydalanego, ilości zapotrzebowanego tlenu, jednak już w mniejszym stopniu, oraz wzrost objętości oddechowej. Wentylacja płuc zatem ulega znacznemu, przejściowemu zwiększeniu. Zwiększenie ilości bezwodnika węglowego jest wynikiem przedewszystkiem zakwaszenia. Świadczą o tem wyniki badań na zwierzętach, którym oznaczono zasób zasad krwi przed i po podaniu doustnem wody siarczanej ze źródła „Adolfa“. Okazuje się z tych doświadczeń, że po podaniu wody następuje znaczne zmniejszenie się zasobu zasad np. z 37.6 cm³ CO_2 na 100 cm³ krwi na 28.9 cm³ CO_2. Stan ten trwa stosunkowo krótko i po kilkudziesięciu minutach zasób zasad wraca do stanu prawidłowego, w przytoczonem doświadczeniu do 39.7 cm³ CO_2.

Zwiększenie zapotrzebowania tlenu po podaniu wody ze źródła „Adolfa“ możnaby tłumaczyć wzmożeniem procesów utleniania.

Zatem wzrost przemiany gazowej jest przejściowy niemniej jednak wyraźny. W sprawie przemiany gazowej pod wpływem wprowadzonej do ustroju siarki panują dość rozbieżne poglądy. Jedni badacze obserwują zmniejszenie ilości zapotrzebowanego tlenu i wydalanego bezwodnika węglowego a brak zmian współczynnika oddechowego, inni zwracają uwagę, iż następuje spadek współczynnika oddechowego a brak zmian w ilości tlenu i bezwodnika węglowego. Wspomniani badacze robili swoje doświadczenia na królikach i na ludziach (G o r d o n o f f i M i s u s h i n a, C a m p a n a c c i, S i e g f r i e d i in. (7). W badaniach naszych obserwowaliśmy wzrost ilości zapotrzebowanego tlenu i wydalanego bezwodnika węglowego oraz podniesienie się współczynnika oddechowego.

Mieliśmy możność zwrócić uwagę przy innej okazji (38) jak ważną jest kwestja metodyki badania przemiany gazowej. Określenie ilości tlenu i bezwodnika węglowego, objętości oddechowej winny być czynione seryjne i w ciągu dłuższego okresu czasu, przyczem dopiero przeciętna przynajmniej kilku doświadczeń może dać wyraz istotnym procesom, które zachodzą. W naszych więc doświadczeniach nietylko stosowaliśmy badania seryjne ale porównywaliśmy wyniki z krzywemi oddechowemi, powietrze zbieraliśmy w ciągu długiego okresu czasu w każdej fazie badania. Taka metodyka dopiero może dać substrat do porównań i powodować najmniejszą ilość błędów. Przy takiej też ocenie wyda się jasne, że uznawanie wartości współczynnika oddechowego jako wykładnika zachodzących procesów bez równoczesnego uwzględnienia absolutnych ilości tlenu i bezwodnika węglowego, ma problematyczne znaczenie.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Leon ACHMATOWICZ. Wilno.

Wypadek dootrzewnowego pęknięcia pęcherza moczowego.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Ś-go Jakóba w Wilnie.
Ordynator: Dr. Leon A c h m a t o w i c z.

Dnia 25 XII. 1931 roku przybył na oddział chirurgiczny Szpitala Św. Jakóba chory, w wieku lat 39, z zawodu robotnik, który opowiedział co następuje: wczoraj o godz. 15-ej, wracając z pracy do domu pośliznął się na ulicy i upadł. Był trzeźwy. Natychmiast po upadku odczuł gwałtowny ból w dole brzucha. Zachciało mu się oddać mocz, więc wstał i spróbował to uczynić, lecz nie mógł. W czasie całodziennej swej pracy ani razu nie oddawał moczu i idąc do domu odczuwał tę potrzebę, lecz z braku pisuarów w Wilnie uczynić tego nie mógł. Przytem należy zaznaczyć, że chorób wenerycznych nie przechodził i nigdy nie miał dolegliwości pęcherzowych. Kolega odwiózł go do Pogotowia Ratunkowego, gdzie spuszczono mocz cewnikiem. Mocz był krwawy. Następnie udał się do domu. Z początku szedł, a potem jechał dorożką. W domu miał wymioty, bóle brzucha wciąż były silne, następnie zjawiły się bóle w okolicy prawej nerki; przez całą noc chodził po pokoju, gdyż przy próbach położenia się do łóżka natychmiast występo-

wały gwałtowne bóle w całym brzuchu. Rano chory zawezwał lekarza, który skierował go do szpitala.

Po raz pierwszy widziałem chorego o godzinie 11-ej pierwszego dnia Bożego Narodzenia. Zwrócił on moją uwagę przedewszystkiem dlatego, że wciąż chodził po korytarzu nieco schylony, trzymając się rękami za brzuch. Zaproponowałem mu by położył się na stół, lecz on kategorycznie odmówił, zresztą próba ta wywołała tak gwałtowne bóle, że natychmiast zeskoczył i badanie odbywało się w pozycji stojącej.

Badanie wykazało następujący stan chorego. Ciepłota 37,1°, tętno 120 — ogólny wygląd niezły, język wilgotny, narządy wewnętrzne prawidłowe, brzuch napięty, lekko wzdęty, twardy, bolesny. Przy opukiwaniu stwierdza się stłumienie w dole brzucha, sięgające prawie do wysokości pępka. Granica stłumienia pozioma, ponad stłumieniem wypuk kiszkowy, stłumienie wątroby zachowane. Obmacywanie brzucha negatywne. Okolica lędźwiowa prawa bolesna. Chory oddać moczu sam nie może, po raz ostatni oddał go w Pogotowiu zapomocą cewnika, odczuwa gwałtowną chęć oddania moczu.

Wprowadziłem choremu, pozostającemu w pozycji stojącej do pęcherza cewnik jedwabny elastyczny, przyczem po przejściu cewnikiem przez szyjkę i znalezieniu się w pęcherzu, wydzieliło się zaledwie kilka kropel moczu, wobec czego przesunąłem cewnik głębiej i odczułem, że cewnik zaczepił się o coś, przeszedł przeszkodę i znalazł się w jakiejś jamie. Dopiero teraz zaczął wydzielać się silnym strumieniem w postaci korkociągu mocz często przerywając się, wobec czego wykonałem kilka drobnych ruchów obrotowych postępujących lub wstecznych, co wywoływało wydzielanie się moczu silnym strumieniem. W ten sposób spuszczono zgórą $1^1/_2$ litra krwawego, ze skrzepami moczu. Po wypuszczeniu moczu chory poczuł znaczną ulgę. Zaproponowałem mu zabieg operacyjny, lecz chory się nie zgodził.

Po wyjściu mojem ze szpitala, chory w dalszym ciągu chodził po korytarzu, gdyż położyć się nie mógł.

Tegoż dnia o godzinie 16-ej przyszedłem do szpitala i znalazłem chorego wciąż spacerującego. Znowu zaproponowałem mu zabieg, lecz chory prosił o spuszczenie moczu, jako ostateczną próbę leczenia zachowawczego. Poleciłem siostrze spuścić mocz cewnikiem gumowym miękkim, co nie odniosło oczekiwanego przez chorego skutku, albowiem wydzieliło się zaledwie kilka kropel krwawego moczu. Okoliczność powyższa zmusiła chorego do zgody na zabieg. Operacji dokonałem o godz. 17-ej w uśpieniu eterowem. Cięcie od pępka do łona w linji środkowej. Po otwarciu jamy brzusznej wyciekł w dużej ilości mętny płyn o zapachu moczu, z domieszką krwi. Surowicówka jelit lekko nastrzykana; jelita nieco rozdęte, pokryte złogami włóknika. Po rozszerzeniu rany hakami zobaczyłem, iż w dolnym jej biegunie leży wywrócony jak rękawiczka śluzówką nazewnątrz pęcherz moczowy. Przy dokładnem badaniu pęcherza stwierdziłem całkowite pęknięcie wszystkich warstw ściany pęcherza długości 10—12 cm, biegnące od szczytu pęcherza wzdłuż jego lewego brzegu, pokrytego otrzewną. Brzegi pęknięcia równe. Pęknięcie biegło ściśle na granicy części otrzewnowej i pozaotrzewnowej, ku tyłowi i wdół, następnie w odległości 5—6 cm od szczytu pęknięcia kierunek zbaczał ku środkowi i kończył się po stronie prawej nieco powyżej ujścia moczowodu prawego. Surowicówka była pęknięta na większej przestrzeni niż mięśniówka i śluzówka. Miało się wrażenie, że ściana pęcherza w postaci fartuszka jest odwrócona ku środkowi i na prawo w ten sam sposób jak otwiera się lufcik w oknie. Otwór w pęcherzu był tak duży, że przez niego można było z łatwością wprowadzić do pęcherza pięść. Ściana pęcherza i śluzówka nie wykazywały poza tem żadnych zmian anatomo-patologicznych.

Zabieg polegał na zeszyciu w trzy piętra ściany pęcherza, osuszeniu i sączkowaniu jamy brzusznej, a ranę operacyjną zeszyto warstwowo, pozostawiając w dolnym jej odcinku sączek. Do pęcherza moczowego wprowadziłem cewnik na stałe.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, na piąty dzień zmieniono sączek — nieznaczne ropienie. Analiza moczu wykazała co następuje:

Analiza moczu z dnia 30 XII. 31 r.: mocz mętny; barwa złocisto żółta; odczyn kwaśny; ciężar właśc. 1028; białka 4‰ (Essbach); cukru niema.

Mikroskopowo: Całe pole widzenia usiane ciałkami ropnemi i czerwonemi ciałkami wyługowanemi i półwyługowanemi.

Cewnik usunięto na siódmy dzień. Po usunięciu cewnika chory oddawał mocz na razie co dwie godziny. Po kilku dniach moczenie stało się coraz rzadszem. Obecnie chory oddaje mocz jeden raz w nocy i kilka razy w dzień. Rana operacyjna jest zagojona, pozostaje nieznaczna ziarnująca powierzchnia w dolnym odcinku rany.

W dniu 23 I. 32 r. dokonałem cystoskopji, przyczem stwierdziłem: pojemność 400 cm^3, naczynia śluzówki w okolicy trójkąta nieco nastrzykane, ujścia moczowodów szczelinowate. W okolicy szczytu pęcherza nieco w lewo od linji środkowej daje się zauważyć nieznaczne uwypuklenie śluzówki kształtu owalnego dług. $1^1/_2$ cm, poza tem nie stwierdzono żadnych śladów byłego rozerwania ściany.

Podając niniejszy wypadek chciałbym omówić go i przytoczyć kilka zdań z piśmiennictwa w przedmiocie pęknięć pęcherza.

Szkoła francuska z Legueu na czele rozróżnia przy podskórnych uszkodzeniach pęcherza moczowego pęknięcia i rozerwania.

Pęknięcia, zdaniem tegoż autora, powstają wskutek tego, że ściana pęcherza pod wpływem działania siły fizycznej pęka. Pęknięcia te są najczęściej wewnątrz-otrzewnowe. Rozerwania pęcherza powstają wskutek uszkodzenia ściany pęcherza odłamkami kostnemi, co ma miejsce najczęściej przy złamaniach miednicy; są one zewnątrz-otrzewnowe. Uraz w tych wypadkach działa od zewnątrz ku wewnątrz.

Prócz pęknięć dootrzewnowych są pęknięcia wewnątrz i zewnątrz-otrzewnowe; rzadziej spotyka się pęknięcia tylko zewnątrz-otrzewnowe, a jeszcze rzadziej wypadki pęknięcia podotrzewnowego.

Ta ostatnia grupa jest tak rzadką, że praktycznie pod słowem „pęknięcie" należy rozumieć pęknięcie dootrzewnowe, a pod słowem „rozerwanie" Legueu rozumie pęknięcie zewnątrz-otrzewnowe, wywołane najczęściej wskutek złamania miednicy.

Uszkodzenia pęcherza w czasie porodu mają zupełnie inny czynnik wywołujący, a co zatem idzie inne umiejscowienie i przebieg.

Dambrin i Papin uważają, że pęknięcia pęcherza moczowego mogą powstawać wskutek następujących przyczyn:

1) pęknięcia pęcherza moczowego pod wpływem urazu. Uraz może działać bezpośrednio na okolice podbrzusza np. kopnięcie kopytem, uderzenie pięścią i t. p. lub pośrednio np. przy upadnięciu na pośladki lub stopy i t. p.

2) pęknięcia wskutek skurczu mięśniowego. Te postacie są rzadsze. Poszczególne przypadki są opisywane przez różnych autorów — Martin opisuje przypadek pęknięcia pęcherza moczowego u kobiety ciężarnej w trzecim miesiącu z tyłozgięciem macicy, które powstało wskutek kichnięcia.

Czasami wysiłek fizyczny musi być większy — Fenvick podaje przypadek pęknięcia pęcherza moczowego u muzykanta, które wystąpiło w czasie grania na instrumencie dętym. W tych wypadkach koniecznem jest wypełnienie pęcherza. Stan opilstwa gra wybitną rolę, gdyż pod wpływem alkoholu pęcherz zazwyczaj jest wypełniony.

Nasuwa się pytanie:

3) Czy może samo wypełnienie pęcherza wywołać pęknięcie? Legueu odpowiada na to twierdząco. Przytacza on spostrzeżenia pęknięcia pęcherza w czasie litotrypsji, gdzie manipulacje instrumentem w wypełnionym pęcherzu są już dostatecznym insultem, aby wywołać katastrofę. W przypadku Gujona pęknięcie pęcherza wystąpiło po wprowadzeniu 200 cm^3 płynu, w przypadkach Michela przy płókaniu pęcherza. W niektórych przypadkach uraz jest tak minimalny, że nie może być brany pod uwagę np. Zuckerkandl opisuje przypadek, gdzie pęknięcie wystąpiło wskutek oparcia się brzuchem o brzeg beczki. Chopart mówi o przypadku z astronomem, u którego wystąpiło pęknięcie pęcherza przy wypinaniu się w czasie oddawania moczu. Te przypadki już nasuwają myśl o zmianach patologicznych w ścianie.

4) Następną grupę stanowią przypadki pęknięcia pęcherza przy zmianach anatomo-patologicznych jego ścian (nowotwory, owrzodzenie gruźlicze lub nowotworowe), gdyż zmniejszają one oporność ściany i w ten sposób ułatwiają pęknięcie. Zdaniem Dupouy następują one szczególnie łatwo przy przeroście sterczu i zwężeniach cewki.

Kobiety rzadziej ulegają pęknięciu pęcherza, a dzieci jeszcze rzadziej, gdyż te ostatnie oddają mocz przy najmniejszym stopniu wypełnienia pęcherza.

Najczęściej pęknięcie jest wewnątrz-otrzewnowe i całkowite, zaledwie kilka przypadków opisano z niecałkowitem pęknięciem ściany, w których pozostaje cała śluzówka. Tylko w jednym przypadku pozostała cała mięśniówka, przypadek ten jest opisany przez Zeldowicza stwierdzony na operacji i w czasie sekcji.

Umiejscowienie pęknięcia jest prawie zawsze jednostajne, w większej części przypadków leży ono w górnej i tylnej części pęcherza, pokrytej otrzewną. Wyjątkowo umiejscowienie jest inne np. od góry i przodu, od tyłu i dołu, od przodu i dołu, takie pęknięcia są zewnątrz-otrzewnowe.

Pęknięcie jest najczęściej pojedyncze, wyjątkowo podwójne.

Kształt pęknięcia jest różny, lecz najczęściej linijny o brzegach równych lub strzępiastych: kierunek od przodu ku tyłowi w linji

środkowej lub około-środkowej wzdłuż włókien mięśniowych. Pęknięcie ma czasami kształt litery V lub T. Bardzo rzadko bywa poprzeczne. Długość nie przewyższa 4—5 cm, częściej jest mniejsza. B a r t e l s opisuje przypadek pęknięcia długości 10—12 cm; przyczem pęknięcie surowicówki jest zazwyczaj dłuższe.

Mechanizm pęknięcia był wyjaśniany przez wielu autorów (S t u b e n r a u s c h, B e r n d t, B e r t, W i g n a r d, L a m o t t e, F e r s a r i). Pęknięcie powstaje w części górnej i tylnej dlatego, że jest to najsłabsze miejsce ściany pęcherza moczowego, a w tym odcinku włókna mięśniowe tworzą największe rozstępy, wskutek czego przy wypełnionym pęcherzu powstają prawdziwe przepukliny śluzówki, prócz tego ściana pęcherza w tej okolicy jest pozbawiona wszelkiego wsparcia przez inne narządy.

Co do porządku pękania poszczególnych warstw, to jednomyślności niema. Większość uważa, że pękają warstwy od wewnątrz ku zewnątrz.

Ilość moczu i krwi w jamie brzusznej jest różna. Najczęściej mocz rozlewa się po całej jamie brzusznej, w wyjątkowych wypadkach może nastąpić otorbienie (przypadek M a u b r a c a). Objawy zatrucia występują wskutek wessania się moczu. Przy zakażeniu sprawa kończy się zapaleniem otrzewnej. Zakażenie może nastąpić od zewnątrz lub powstać od zakażonego moczu.

Sądząc z pracy T y m i ń s k i e g o w piśmiennictwie polskiem do listopada 1924 r. były opisane cztery operowane przypadki dootrzewnowego pęknięcia pęcherza moczowego a mianowicie: w 1900 roku przez G a n t k o w s k i e g o, w 1909 r. przez S z a r e c k i e g o, w 1924 T y m i ń s k i opisuje przypadek operowany przez niego i przypadek operowany przez B o h u s z e w i c z a.

W pracy swej T y m i ń s k i szczegółowo analizuje mechanizm powstawania pęknięć pęcherza i przychodzi do następujących wniosków:

1) W etjologji pęknięć pęcherza mają znaczenie: uraz, stan wypełnienia pęcherza i stan ściany pęcherza. Czynniki te pozostają do siebie w pewnym ilościowym stosunku.

2) Odróżnić możemy pęknięcie urazowe i chorobowe.

3) Na mechanizm pęknięć pęcherza wpływają: uraz, anatomiczne stosunki ściany, stan wypełnienia pęcherza i zmiany chorobowe ściany jego. Pęknięcia dootrzewnowe są najczęściej pośredniemi, w których bardzo dużą rolę odgrywa fala płynu (moczu) wprowadzonego w ruch przez uraz. Poprzeczny kierunek tych pęknięć zależy od stosunków anatomicznych pęcherza.

Przebieg kliniczny i diagnostykę podaną w piśmiennictwie pomijam.

Leczenie stosowano z początku zachowawcze wprowadzając cewnik na stałe. W kilku wypadkach opisano wyzdrowienia — M o r r i s 1887 r. i L e d d e r h o z e 1902. To są wyjątki.

W 1861 r. W a l t e r ze Spittzburga i w 1848 r. S y m e po raz pierwszy operowali i ograniczyli się na otwarciu jamy brzusznej bez zeszycia pęcherza moczowego. Chorzy ich wyzdrowieli.

W r. 1876 W i l l e t po raz pierwszy otworzył jamę brzuszną i zeszył pęcherz. Drenował jamę brzuszną i wprowadził cewnik na stałe — jego chory zmarł na zapalenie otrzewnej.

Od tego czasu spostrzeżenia mnożą się. Pierwszy wypadek pomyślnego zeszycia pęcherza z otwarciem jamy brzusznej należy do Anglika M a c C o r m a c a w 1886 r. i Francuza B l u m a w 1887 r.

Niepowodzenie operacyjne najczęściej powoduje zakażenie. Na 78 przypadków zebranych przez D a m b r i n a i P a p i n a w 34 nastąpiła śmierć: u 17 chorych wskutek zakażenia otrzewnej, u 9 chorych od *shock'u* operacyjnego, w jednym wypadku od krwawienia, w trzech wypadkach od zatrucia moczem, w czterech wypadkach z przyczyn nieznanych.

Operować trzeba zawsze, bez względu na ilość godzin, które upłynęły od wypadku. Świadczą o tem pomyślne wypadki operowane późno. Q u i c k podaje wypadek, w którym operacja miała miejsce po upływie 254 godzin.

Operacje wczesne dają znacznie pomyślniejsze wyniki. Statystyka operowanych dootrzewnowych pęknięć pęcherza moczowego zebrana przez D a m b r i n a i P a p i n a w roku 1904, oparta na 78 wypadkach, wykazuje śmiertelność 43,5%.

Według T y m i ń s k i e g o leczenie polega na otwarciu jamy brzusznej i zeszyciu otworu w pęcherzu. Sprawa szwu powłok musi być rozstrzygana indywidualnie.

Przyjmując pod uwagę tylko wypadki ostatniego dziesięciolecia L e g u e u oblicza śmiertelność na 20.5%.

W przypadku moim pęknięcie powstało wskutek dwóch przyczyn:

1) nadmierne przepełnienie pęcherza moczem i 2) nieznaczny pośredni uraz. Zabieg operacyjny był dokonany 26 godzin po wypadku. W czasie zabiegu było stwierdzone rozpoczynające się zapalenie otrzewnej. Otwór w pęcherzu był tak duży, że można było przez niego wprowadzić pięść. Zabieg polegał na otwarciu jamy brzusznej i zeszyciu pęcherza. Rozpoznanie nie nastręczało większych trudności.

W dniu 26. I. r. b. chory opuścił szpital zdrów.

Piśmiennictwo: zebrane szczegółowo w pracy T y m i ń s k i e g o, która ukazała się w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym, tom 5, zesz. 2-gi 1926 r. i w dziele prof. L e g u e u p. t.: *Traité Chirurgical d'Urologie* 1921 r.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Przyczynki do życiorysu Dra Walentego Gagatkiewicza (* 1750 — † 1805 r.).

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej otrzymała od Kol. Dra Ł u b k o w s k i e g o oryginalny dyplom doktorski d-ra Walentego G a g a t o w i c z a z następującem pismem:

Do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej w Warszawie.

W spuściźnie po Eleonorze Z i e m i ę c k i e j, literatce i filozofce 18-go wieku pozostał ciekawy dokument, który trafem dostał się w moje ręce i który ma pewną wartość historyczną szczególnie dla Uniw. Warszawskiego lub Warsz. T-wa Lek.

Jest to dyplom doktorski, wydany przez Uniwersytet w Reims wychowańcowi Uniwersytetu Paryskiego Dr. G a g a t o w i c z o w i. Encyklopedja Olgebr. wymienia Dr. G a g a t k i e w i c z a, który po skończeniu uniwersytetu paryskiego doktoryzował się w Reims, następnie osiadł w Warszawie, gdzie założył szkołę chirurgiczną. K r a u s h a r w opisach Starego miasta wspomina również Dra G a g a t k i e w i c z a, jako właściciela domu na Starem mieście, wziętego i szanowanego lekarza, założyciela szkoły chirurgicznej.

Oczywiście chodzi tutaj o tę samą osobę, jednak dokument, który przedstawiam, każe mniemać, że właściwe nazwisko tego Dr. jest G a g a t o w i c z, nie G a g a t k i e w i c z; b. trudno przypuścić, aby przekręcono nazwisko na tak ważnym dokumencie, jakim jest dyplom lekarski. Eleonora Z i e m i ę c k a miała być z domu G a g a t k i e w i c z (jak chce Encykl. Olgebr.). Skoro jednak dokument, który załączam, pozostał w spuściźnie po niej, przypuszczam, że i tutaj kronikarze popełnili omyłkę.

Jednocześnie należałoby sprawdzić i datę urodzin wymien. Dr. G a g a t o w i c z a. Podług encyklop. miał się urodzić w roku 1750; trudno przypuścić, aby mając lat 20, t. j. w roku 1770 otrzymał dyplom lekarski. Aby obok Dr. G a g a t o w i c z a istniał współcześnie Dr. G a g a t k i e w i c z — trudno przypuścić, bo zbyt w owych czasach mało było lekarzy, aby o którymkolwiek nie znalazła się wzmianka.

Proszę Szanowną Redakcję o umieszczenie tej wzmianki w Gazecie i o przekazanie dyplomu według uznania Redakcji Uniwersytetowi Warszaw., albo Warsz. T-wu Lek. Sprawiedliwość wymaga, aby dobra pamięć, na którą zasłużył Dr. G a g a t o w i c z, nie była przyznawana innej osobie.

Kraśnik, 5. marca 1932.

(—) *Dr. Łubkowski.*

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej, stosując się do życzenia Kol. Ł u b k o w s k i e g o ofiarowała łaskawie przesłany dokument Uniwersytetowi Warszawskiemu do Zakładu historji i filozofji medycyny na ręce doc. d-ra Ludwika Z e m b r z u s k i e g o, zastępującego profesora na katedrze historji i filozofji medycyny. Kol. Z e m b r z u s k i po przyjęciu daru do zbiorów Zakładu, którym obecnie kieruje, przyobiecał zająć się zbadaniem dyplomu oraz rozwikłaniem wątpliwości, zawartych w piśmie Kol. Ł u b k o w s k i e g o i nadesłał Redakcji następujące wyjaśnienie:

Do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej.

Wyrażam niniejszem Szanownej Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej prawdziwą wdzięczność za przekazanie do Zakładu historji i filozofji medycyny U. W. cennego daru Dra Ł u b k o w s k i e g o, w postaci dyplomu doktorskiego Walentego G a g a t o w i c z a i komunikuję, że zająłem się odnośnemi badaniami, mającemi na celu udzielenie odpowiedzi na uwagi, zawarte w liście wyżej przytoczonym Dra Ł u b k o w s k i e g o.

Wynik mych poszukiwań, opartych na dostępnych mi źródłach, przedstawia się jak następuje:

Dyplom doktorski d-ra Walentego G a g a t o w i c z a jest oryginalnym tego rodzaju dokumentem, zawierającym tekst druko-

wany w języku łacińskim na papierze pergaminowym niewielkiego formatu (37×24 cm) i posiadającym u dołu pośrodku przeciągniętą wstążeczkę prawdopodobnie od pieczęci, której brak. U góry dokument posiada ozdobny herb, na którego tarczy widnieje biały krzyż; pomiędzy ramionami tego ostatniego mieszczą się gałązka laurowa i lilje burbońskie. Na prawo od herbu została odciśnięta urzędowa pieczątka, jako dowód opłaty w wysokości 20 s. („vingt s").

Tekst dokumentu jest bardzo obfity, wydrukowany przeważnie drobnemi czcionkami (kursywą) z wyjątkiem ustępu początkowego i zaczyna się od zdania:

„IN NOMINE JESU CHRISTI, AMEN, UNIVERSIS ET SINGULIS HAS LITTERAS INSPECTURIS, LECTURIS ET AUDITURIS NOS LUDOVICUS HIERONYMUS RAUSSIN, *in alma Archiepiscopalis Civitatis Remorum Academia, Saluberrimae Facultatis Doctor-Regens, Professor Antonianus, Consiliarius Medicus Regis et Decanus; salutem et pacem in eo qui est omnium vera salus.....*"

Dalszej treści dyplomu nie przytaczam, zajęłoby to bowiem zbyt wiele miejsca[1]), tem bardziej, że interesuje nas tutaj bardziej zagadnienie, dotyczące osoby i nazwiska kandydata, któremu nadano tytuł doktora medycyny, a którym był: *„Nobilis Vir Dominus Mathias Valentinus Gagatowicz, Varsoviensis, Polonus"....*

Ostatni wiersz dyplomu zawiera miejsce i datę wydania dokumentu: *„Datum et actum Remis, in Antonianis Medicorum Scholis, Anno Domini millesimo septingentesimo septuagesimo — die vero decima septima Decembris.*

(—) Dr. H. Raussin Decanus. (—) Dr. Le Camus collega".

Zatem dokument opiewa pomiędzy innemi, że tytuł d-ra medycyny został przyznany przez wydział lekarski uniwersytetu w Reims (Remis) Polakowi, Warszawianinowi, Maciejowi Walentemu Gagatowiczowi w r. 1770 d. 17 grudnia.

Niektórzy autorzy podają[2]), że dr. Walenty Gagatkiewicz, zasłużony lekarz-obywatel warszawski, pierwszy członek-lekarz Towarzystwa Przyjaciół Nauk, nadworny konsyljarz króla St. Augusta Poniatowskiego, uzyskał dyplom doktora medycyny w Reims i że w r. 1770 przybył do Warszawy, gdzie osiedlił się na stałe. Natomiast Dr. J. Peszke utrzymuje, że Gagatkiewicz, który przez 6 lat studjował medycynę w Paryżu i następnie doktoryzował się w Reims w r. 1770, nie mógł przybyć do Warszawy tegoż roku, lecz później, mianowicie w r. 1776, ponieważ po doktoryzacji udał się najpierw w paroletnią podróż naukową zagraniczną. Nikt jednak z przytoczonych autorów nie wspomina o Walentym Gagatowiczu, którego dyplom doktorski, uzyskany w temże Reims w r. 1770, wyżej w krótkości opisałem. Uczynili to dopiero Estreicher i prof. Dr. Fr. Giedroyć.

Mianowicie Estreicher w swej bibljografji[3]) podaje na literę „G": „Gagatkiewicz (Gagatowicz) Walenty".

Prof. Giedroyć w swych źródłach biograficzno-bibljograficznych do dziejów medycyny w Polsce[4]), odnalazłszy w miejskich archiwach warszawskich, że wielokrotnie występuje w nich Walenty Gagatowicz, lekarz królewski, współcześnie z d-rem Walentym Gagatkiewiczem, dodaje, że „wszystko przemawia za tem, że to jest jedna osoba".

Zapoznawszy się z odnośnym materjałem bibljograficznym i niektóremi innemi źródłami oraz na podstawie oryginalnego dyplomu d-ra Gagatowicza, podzielam pogląd prof. Giedroycia.

Za tem, że dr. Gagatowicz i dr. Gagatkiewicz to jedna i ta sama osoba, przemawiają następujące fakty:

1. Nominacja Walentego Gagatowicza na konsyljarza królewskiego z r. 1773 brzmi według prof. Giedroycia[5]): *Consiliariatus Anticus et Officium Doctoris Medicinae Sacrae Regiae Maiestatis Nobili Valentino Gagatowicz confertur.* Z drugiej strony wiadomo, że Walenty Gagatkiewicz był nadwornym lekarzem królewskim, o czem świadczą nietylko jego biografowie, lecz jego własne podpisy, zachowane np. na świadectwie z r. 1788: (—) „Walenty Gagatkiewicz konzyljarz i Doktor Konsultant J. K. M."[6]) lub pod „Obwieszczeniem" z r. 1788 w sprawie zachowania się publiczności wobec szerzącej się epidemji „choroby katharalnej" (grypy?): (—) „Walenty Gagatkiewicz M. D. Kons. y Dok: Nad: JKMci"[7]).

Nie znamy dotychczas dokumentu archiwalnego, który świadczyłby, że w tym samym czasie był mianowany przez Stanisława Augusta Poniatowskiego lekarzem królewskim i pełnił jego funkcje prócz Walentego Gagatowicza jeszcze Walenty Gagatkiewicz.

2. Dyplom z r. 1776, nadający szlachectwo i herb — tym razem Gagatkiewiczowi[8]) — wyraźnie głosił: „U. Maciejowi Walentemu Gagatkiewiczowi y Potomstwu Jego.....", przyczem dalej jest mowa o tem, że Gagatkiewicz „sposobił się do Usług publicznych przez niemały przeciąg czasu w Akademji Paryskiej..... i tam Promocji Doktorskiej dostąpiwszy....." Jeśli porównamy imiona na dyplomie doktorskim z Reims Gagatowicza z imionami na dyplomie szlacheckim Gagatkiewicza, to uderza nas, że imiona te są identyczne: „Mathias Valentinus" i „Maciej Walenty", oraz że wrzekomy Gagatowicz był polakiem i warszawianinem zarówno jak Gagatkiewicz. Natomiast do nieścisłości należałoby zaliczyć ustęp w dyplomie szlacheckim Gagatkiewicza, brzmiący mianowicie, że otrzymał on promocję doktorską w Paryżu, jeśli nb. pod wyrażeniem „promocja doktorska" rozumiano to samo, co „dyplom doktora medycyny".

Tak więc, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że dr. Walenty Gagatowicz i dr. Walenty Gagatkiewicz to jedna i ta sama osobistość, która w młodszych latach używała nazwiska „Gagatowicz". Pozostaje tylko nierozstrzygniętem, kiedy i z jakich powodów Gagatowicz począł się nazywać Gagatkiewicz. Zagadnienie to wymagałoby dalszych poszukiwań archiwalnych w celu wyjaśnienia tej sprawy. Nie jest to jednak zadaniem łatwem, ponieważ papiery osobiste Gagatkiewicza zaginęły[9]).

Dr. Peszke wątpi, czy Gagatkiewicz mógł skończyć studja lekarskie i otrzymać dyplom doktorski, mając zaledwie lat 20 (ur. r. 1750). Wiadomo z różnych życiorysów G., że dzięki niezwykłym zdolnościom ukończył on szkołę średnią bardzo wcześnie i że, będąc wobec tego zbyt młodym dla wstąpienia na uniwersytet, pracował przez 2 lata w aptece, poczem dopiero zapisał się na wydział lekarski w Paryżu. W owych czasach jednak wykształcenie średnie trwało znacznie krócej niż obecnie, a studja wyższe — uniwersyteckie — często rozpoczynano już w 14 lub 15 roku życia. Możliwem więc jest, że Gagatowicz, mając lat ok. 12 ukończył już szkołę średnią (niższą), że w wieku lat 14 lub 15 wstąpił na uniwersytet paryski i że po 6 latach studjów, czyli mając lat 20, w r. 1770 doktoryzował się w Reims. Z drugiej strony wiadomo, że po uzyskaniu dyplomu doktora medycyny Gagatowicz nie odrazu przybył do Warszawy, lecz dłuższy przeciąg czasu poświęcał się jeszcze studjom zagranicą i dlatego twierdzenie niektórych biografów, że G. osiadł w Warszawie na stałe już w r. 1770, jest nieścisłem (co słusznie zauważył Peszke), tem bardziej, że dyplom doktorski otrzymał on dopiero w grudniu tego roku (17. XII). Nie mógł jednak Gagatowicz osiąść w Warszawie dopiero w r. 1776, jak chce Peszke, ponieważ godność konsyljarza królewskiego otrzymał w r. 1773, zatem powrócił on do stolicy Rptej pomiędzy rokiem 1770 i 1773-im.

Zachodzi wreszcie pytanie, postawione przez Dra Łubkowskiego, jakie było prawdziwe nazwisko Gagatkiewicza: — Gagatowicz, czy Gagatkiewicz? Dr. Łubkowski skłania się ku pierwszemu z tych dwóch nazwisk. Wydaje mi się, wobec powyższych danych, że najsłuszniej byłoby zgodzić się na nazwisko podwójne, t. j. dr. Walenty Gagatowicz-Gagatkiewicz[10]), a jeśli posiłkować się jednem tylko nazwiskiem, to raczej — Gagatkiewicz —, ponieważ on sam tak się podpisywał, a i wnuczka jego Eleonora z Gagatkiewiczów Ziemięcka, której pietyzmowi rodzinnemu zawdzięczamy przechowanie dyplomu doktorskiego dziadka, podpisywała się pod

[1]) Tekst dyplomu zawiera 27 wierszy petitowych; każdy wiersz ma długości 26 cm. Ręcznie wśród tekstu wpisane zostały tylko wyrazy, dotyczące osoby doktoranta i data wydania dyplomu.

[2]) De Lafontaine, Gąsiorowski, Wójcicki, Kośmiński.

[3]) K. Estreicher: Bibljografja Polska. Kraków 1899 (XV—XVIII). T. XVII, str. 7 i Kraków 1891 T. I. Cz. III. str. 314.

[4]) Warszawa. R. 1911. str. 225.

[5]) l. c.

[6]) F. Giedroyć l. c.

[7]) Egz. w Zakładzie hist. i filoz. med. Uniw. Warsz.

[8]) F. Giedroyć l. c.

[9]) J. Peszke: Album biograficzne zasłużonych Polaków i Polek w. XIX. Warszawa 1901 r. T. I. str. 347.

[10]) Ciekawem jest, że w niektórych dokumentach o charakterze urzędowym spotykamy nazwisko „Gagatowicz", a nie „Gagatkiewicz", jak np. w t. zw. *Avis* (obwieszczeniu) *au public*, w którem czytamy: *„sur l'approbation de M. Gagatowicz Conzeiller et Médecin ordinaire du Roi. Du 18 juin 1777".* P. Estreicher l. c.

pierwszemi swemi utworami panieńskiemi: „Eleonora Gagatkiewiczówna“ [11]).

Wreszcie na liście członków Towarzystwa Przyjaciół Nauk i na listach obecności posiedzeń tegoż Towarzystwa figuruje kilkakrotnie wyłącznie nazwisko: „Dr. Gagatkiewicz“ [12]).

L. Zembrzuski.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Z XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników 1929.

Niniejszem ogłaszamy streszczenie siedmiu referatów zgłoszonych przez Zakład Farmakologji Uniw. Warszawskiego w swoim czasie do sekcji fizjologicznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w 1929 r. a nie wydrukowanych w „Księdze Pamiątkowej“ tego Zjazdu, wydanej dopiero niedawno.

J. MODRAKOWSKI i St. KROSZCZYŃSKI (Warszawa).

Działanie pituitryny oraz kwaśnych i zasadowych roztworów na ciśnienie krwi przy wprowadzaniu do kanału rdzeniowego.

Według Dixon'a i Trendelenburga zawiera płyn mózgowo-rdzeniowy wydzielinę tylnej części przysadki mózgowej. Na tem tle powstało zupełnie naturalne pytanie, jakie zadanie hormony przysadki spełniają w tym płynie? Zadawalniającej odpowiedzi na to pytanie jeszcze niema, choć nie brak różnych przypuszczeń nie ugruntowanych na ścisłych badaniach. Cały szereg autorów natomiast udowodnił niezbicie, że pituitryna zwęża kapilary oraz wywołuje skurcz mięśni gładkich, działając zupełnie obwodowo na elementy kurczliwe. Jednakże Leimdörfer znalazł, że pituitryna, wprowadzona do kanału rdzeniowego, powoduje podniesienie ciśnienia krwi w większym stopniu nawet niż po wprowadzeniu dożylnem. Na tej podstawie przypisuje autor pituitrynie działanie ośrodkowe.

Nie ulega wątpliwości, że wprowadzenie pituitryny do kanału rdzeniowego w istocie powoduje wzrost ciśnienia krwi, o czem tak samo jak inni autorowie mogliśmy się przekonać. Doszliśmy jednak do wniosku, że nie pituitryna, jako taka, lecz kwaśność roztworu podrażnia ośrodki naczynioruchowe; albowiem wyciągi z przysadki są dosyć kwaśne; ich pH wynosi od 4 do 4,5. W celu udowodnienia naszego przypuszczenia powtórzyliśmy doświadczenia Leimdörfer'a na kotach uretanizowanych, stosując naturalną kwaśną i zobojętnioną pituitrynę oraz sam kwas.

Wyniki były następujące:

1) 0,4 cm^3 wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej, o pH — 4,2, wprowadzone do kanału rdzeniowego, podnosi ciśnienie krwi, jak w doświadczeniach Leimdörfer'a.

2) 0,4 cm^3 HCl o pH — 4,2 daje zupełnie takie same powiększenie ciśnienia krwi.

3) Natomiast 0,4 cm^3 tego samego wyciągu z przysadki, którego pH zobojętniono z 4,2 na 7,2, nie daje żadnej zmiany krzywej ciśnienia.

4) 0,4 cm^3 NaOH o pH — 8,0 obniża wybitnie ciśnienie krwi.

Wobec tego wzrost ciśnienia krwi po wstrzyknięciu pituitryny do kanału rdzeniowego jest spowodowany wyłącznie przez kwaśność roztworu. Zarazem wykazaliśmy, że kwas, wprowadzony do kanału rdzeniowego, podnosi, a zasada obniża ciśnienie krwi.

Stanisław KROSZCZYŃSKI (Warszawa).

Wpływ alkalozy i acydozy na toksyczność kardjazolu i stiminolu.

Zadziałanie czynników farmakologicznych na ustrój jest zależne od bardzo wielu warunków. Nie ostatnie miejsce w rzędzie tych warunków zajmują stany acydozy i alkalozy. W naszych badaniach zajmowaliśmy się wpływem tych stanów na toksyczność stiminolu (dwuetyloamid kwasu beta-pirydynokarbonowego) oraz kardjazolu (pentametylenotetrazol). Badania przeprowadziliśmy na kijankach i szczurach. Po przebywaniu kijanek w roztworze 0,25% stiminolu w ciągu około godziny przeniesiono część kijanek do wody o pH = 8, część zaś do wody pH = 6. W normie kijanki mogą przebywać czas dłuższy zarówno w wodzie o pH = 6, jak i pH = 8 bez wyraźnej szkody dla siebie. Kijanki w środowisku kwaśnem zwolna wracały do normy, w zasadowem zaś ginęły. Inaczej zachowały się kijanki, które były w ciągu 10 minut pod wpływem 0,5% kardjazolu. W środowisku kwaśnem kijanki takie ginęły, natomiast w zasadowem wracały do normy. Takież same wyniki otrzymano na szczurach. Stosowano stiminol podskórnie w dawce 40 mg, kardjazol 6,25 mg na 100 g szczura. Acydozę wywoływano przez wprowadzenie do żołądka szczura 1% *Ammonium chloratum* 5 cm^3 na 100 g szczura; alkalozę przez wprowadzenie 5 cm^3 1% ługu, lub 5 cm^3 2% $NaHCO_3$. Z powyższych danych wynika, że acydoza zmniejsza, alkaloza zwiększa toksyczność stiminolu, podczas gdy wpływ na toksyczność kardjazolu jest wręcz odwrotny.

Stanisław KROSZCZYŃSKI (Warszawa).

Działane stiminolu na wydzielanie śliny.

Podczas badań nad działaniem pobudzającem układ nerwowy ośrodkowy stiminolu (dwuetylamid kwasu beta-pirydynokarbonowego) zauważono między innemi wzmożone wydzielanie śliny. Zjawisko to badano dokładniej na psach. Przez kanjule wprowadzone do przewodów ślinianek psa uretanizowanego wypływało w normie 1—2 cm^3 śliny w ciągu 10 minut po każdej stronie. Potem przecinano lewą strunę bębenkową. Prawie natychmiast po wprowadzeniu dożylnem 0,15 cm^3 25% stiminolu na kg psa wydzielanie śliny po stronie prawej (z zachowaną struną bębenkową) zwiększało się ogromnie, dochodząc w pierwszej minucie do 2 cm^3; potem stopniowo się zmniejszało i po 10—11 minut. wracało do normy. Ogółem po wprowadzeniu stiminolu wydzieliło się w ciągu 10 minut 10 cm^3 śliny. Przy zwiększeniu dawki do 0,2 cm^3 na kg psa przyłączał się łzotok, a nawet występowały wymioty.

Z doświadczeń tych wynika, że stiminol wywołuje wydzielanie śliny drażniąc sam ośrodek wydzielniczy, gdyż po stronie przeciętej struny bębenkowej nie działa.

Nie ulega wątpliwości, że i wymioty są również pochodzenia ośrodkowego, wobec czego wypływałoby praktyczne wskazanie do stosowania apomorfiny łącznie ze stiminolem, gdyż ten ostatni prawdopodobnie znosiłby szkodliwe działanie apomorfiny na ośrodek oddechowy.

Badania nad wydzielaniem się innych soków trawiennych pod wpływem stiminolu są w toku, jak również nad synergizmem stiminolu i apomorfiny w działaniu na ośrodek wymiotny.

H. SIKORSKI i R. LENTZ (Warszawa).

I. Działanie płynów odżywczych o różnem stężeniu jonów wodorowych na czynność serca żaby.

Z licznych badań nad wpływem kwaśnych i zasadowych roztworów na pracę serca wynika, że kwasy zmniejszają kurczliwość mięśnia sercowego i zatrzymują serce w rozkurczu, zasady zaś zwiększają kurczliwość i zatrzymują serce ostatecznie w skurczu. Badano jednak tylko większe odchylenia odczynu istotnego. Co do małych odchyleń w granicach fizjologicznych brak dokładnych badań. Wobec tego badano działanie takich nieznacznych odchyleń od pH — 7,25 do pH — 6,5 w jedną i do pH — 8,1 w drugą stronę na sercach żab wodnych.

Posługiwano się metodą Mines'a, która gwarantuje niezmienione ciśnienie, ze stałym przepływem przez żyłę próżną oraz z odpływem z przeciętych aort. Odchylenie pH uskuteczniane przez dodatek HCl lub CH_3COOH, względnie NaOH do płynu Ringera normalnego o składzie: 0,25 g KCl; 0,2 g $CaCl_2$; 6,5 g NaCl; 0,2 g $NaHCO_3$ na litr wody lub w celu wykluczenia wpływu CO_2, do płynu Ringera bez $NaHCO_3$. Poza tem, aby wykazać, że działania nie należy przypisać samemu kwasowi lub ługowi lecz zmianom stężenia jonów wodorowych, wykonano takie same badania z płynem Brömsera bez $NaHCO_3$, regulując pH przez stosunek fosforanów. Wyniki we wszystkich doświadczeniach były te same.

Wyniki: większe odchylenia od normy od pH — 6,8 do 6,5 i mniej oraz od pH — 7,7 do pH — 8,1 mają jednakowe szkodliwe

---

[11]) Marja Chełmońska: Album biograficzne zasłużonych Polaków i Polek XIX w. T. II. Str. 479.

P. Chmielowski: Autorki Polskie w. XIX. Warszawa, r. 1885. Str. 435.

Seweryna z Żochowskich Pruszakowa: Eleonora Ziemięcka. Kalendarz dla Polek ilustrowany na r. 1861. Warszawa. Nakł. Księg. Polsk. A. Dzwonkowskiego. 1861 r.

[12]) Akta Tow. Przyj. Nauk. Archiwum akt dawn. w Warszawie. Nr. 2, 28, 57 i 59.

działanie na serce. Zmiany w granicach kwaśnych pH 7,0—6,8 mają działanie korzystne, a mianowicie przyśpieszenie i zwiększenie skurczów. Zwiększenie utrzymuje się często nadal po zmianie płynu na normalny.

Przy małych powiększeniach pH od 7,4 do 7,7 serce pracuje gorzej — występuje bowiem obniżenie i zwolnienie skurczów. To osłabienie skurczów jak również uszkodzenie przez pH większem (8,1) znosi zmiana na normalny płyn Ringera niezawsze, w każdym razie tylko wtedy, jeżeli osłabienie serca nie było zbyt znaczne.

Działanie kwaśnych roztworów występuje jeszcze wyraźniej na sercach osłabionych uprzednio płynem zasadowym.

H. SIKORSKI i R. LENTZ (Warszawa).

II. Działanie zmian stężenia jonów wodorowych na serce żaby zatrute chloroformem.

Badano wpływ niewielkiego zwiększenia i zmniejszenia stężenia jonów wodorowych na serce żaby spreparowane sposobem Mines'a, podczas działania chloroformu. Okazuje się, że działanie zmian stężenia jonów wodorowych na serce żaby osłabione jest podobne do wpływu na serce normalne, lecz o wiele wybitniejsze. Stały przepływ płynu o zwiększonej zasadowości (pH — 8,1) uszkadza serce zatrute chloroformem jeszcze bardziej niż serce normalne pomimo usunięcia chloroformu. Odwrotnie płyn o zmniejszonem pH (6,7) działa silnie pobudzająco i powoduje powrót osłabionego serca do normalnej czynności pomimo niezmienionego przepływu chloroformu.

Krótkotrwałe zadziałanie płynów o zwiększonej zasadowości i kwasowości wywołuje również wybitne działanie na czynność serca. Działanie to, z powodu szybkiego wypłókiwania wprowadzonych kwasów lub zasad wskutek ciągłego przepływu roztworu Ringera, mija po niejakim czasie. Zasada (0,1—0,05 cm^3 2% $NaHCO_3$, wstrzyknięte do kominka kanjuli Mines'a) działa przejściowo, lecz bardzo ujemnie na serce osłabione chloroformem, powodując zmniejszenie i zwolnienie skurczów aż do zupełnego prawie ich zatrzymania.

Przeciwnie kwas (0,1 cm^3 1/200 n HCl w Ringerze) pobudza serce porażone do ponownej czynności. To dodatnie działanie kwasu może się utrzymać przez kilka minut, pomimo dalszego stałego zatruwania serca chloroformem i powtarza się po każdorazowem ponownem wprowadzeniu kwasu.

E. LEYKO i J. MEHES.

Działanie efedryny na poziom cukru krwi.

Z zakładu Fizjologii i Biochemji, University College, London.

Według Nagela podniesienie poziomu cukru we krwi może być ogólnie uważane, jako miara wpływu pewnej substancji na układ nerwowy — współczulny. Celem niniejszych doświadczeń było zbadanie w tym kierunku kilku sympatykomimetycznych amin, jak efedryna, efetonina, tyramina i izolamylamina, w pierwszym rzędzie efedryna i wykazanie, czy posiada ona, podobnie jak adrenalina, do której strukturą chemiczną tak bardzo jest zbliżoną, t. zw. antyinsulinowe działanie.

M e t o d y k a.

Normalne i dobrze odżywione zwierzęta głodzono przez 24 godzin przed każdem doświadczeniem. Próbki krwi pobierano z żył usznych królików i żył kolanowych psów. Roztwory badanych substancyj wstrzykiwano do żył usznych, z wyjątkiem kilku doświadczeń, w których stosowano je podskórnie. Cukier oznaczano metodą Hagedorna i Jensena.

Wyniki otrzymane, przedstawione na 10 figurach, dadzą się ująć w następujący sposób:

1. Efedryna i efetonina w dawkach od 25—30 mg na kilogram wagi królika zwiększają nieznacznie jego poziom cukru, gdyż tylko około 26—28%. Dawka 80 mg efedryny *per kilo* wywołuje olbrzymi wzrost cukru — do 0.385% a nawet wyżej; jest to jednakże już dawka śmiertelna dla królika.

2. Tyramina w dawkach od 5—100 mg *per kilo* nie posiada prawie żadnego wpływu na poziom cukru we krwi królików.

3. 25 mg izoamylaminy *per kilo*, dożylnie, podnosi stężenie cukru krwi królika o 20%. Może to być jednak działanie odruchowe z powodu silnie drażniącego, miejscowego działania tej substancji.

4. Antagonistyczny wpływ insuliny i efedryny na poziom cukru krwi królika jest bardzo słaby i może być wykazany tylko po małych dawkach insuliny.

5. Efedryna wstrzyknięta dożylnie psom w dawkach od 5—20 mg *per kilo*, podnosi ich poziom cukru krwi o 65—75%.

6. Małe dawki adrenaliny i efedryny działają synergicznie na stężenie cukru krwi u psów.

7. Zgodnie z silniejszem działaniem efedryny na poziom cukru krwi psów łatwiej wykazać jest antagonistyczny wpływ insuliny i efedryny u tych zwierząt niż u królików. Hipoglikemję insulinową usuwają u psów bardzo łatwo nawet małe dawki efedryny.

O b j a ś n i e n i a f i g u r.

Fig. 1. Działanie różnych dawek efedryny, wstrzykniętych dożylnie na cukier krwi królika.

Na osi współrzędnych — cukier krwi w proc. (wzrost cukru podany w klamrach).

Na osi odciętych — czas w godzinach.

Strzałki wskazują czas wstrzyknięć.

Objaśnienia te odnoszą się do wszystkich figur.

Fig. 2. Wpływ 30 i 50 mg efedryny *per kilo* wstrzykniętych podskórnie na cukier krwi królika.

Górna linja odnosi się do 50 mg, dolna linja odnosi się do 30 mg efedryny.

Fig. 3. Wpływ 25 i 50 mg efetoniny *per kilo*, wstrzykniętych dożylnie, na cukier krwi królika.

Linja ciągła odnosi się do 25 mg, linja przerywana do 50 mg efetoniny.

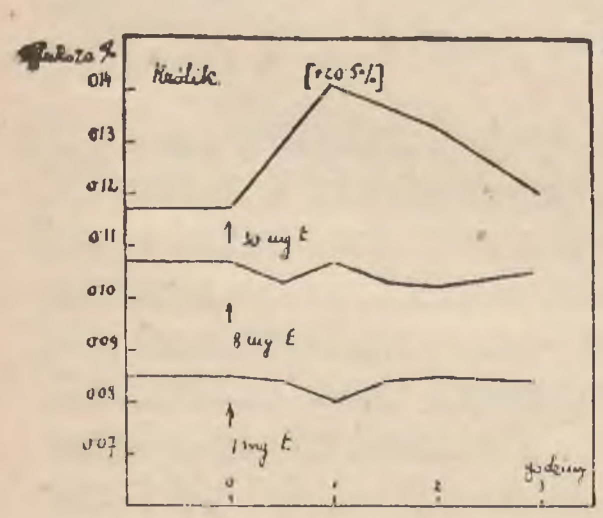


Fig. 1.

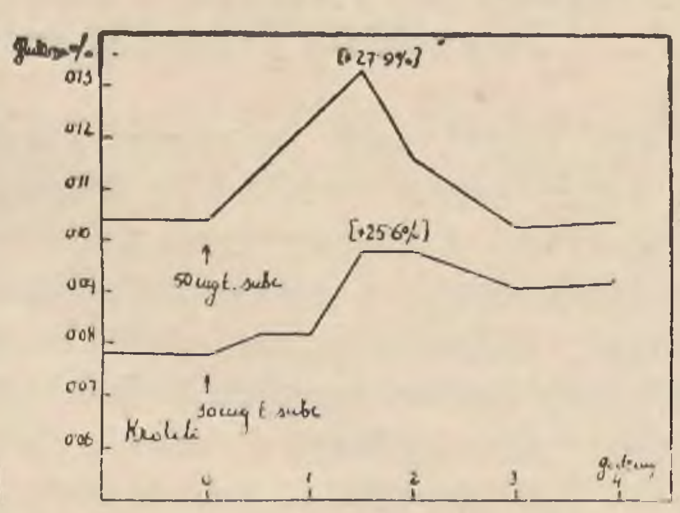


Fig. 2.

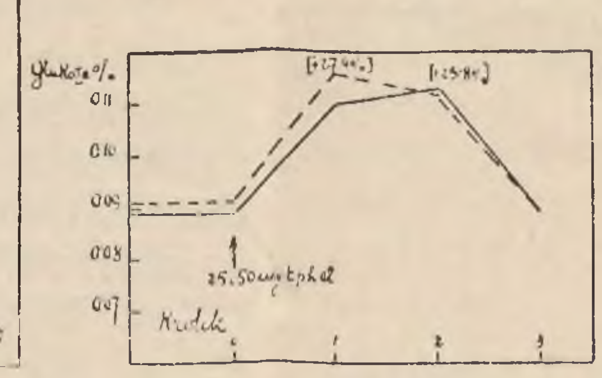


Fig. 3.

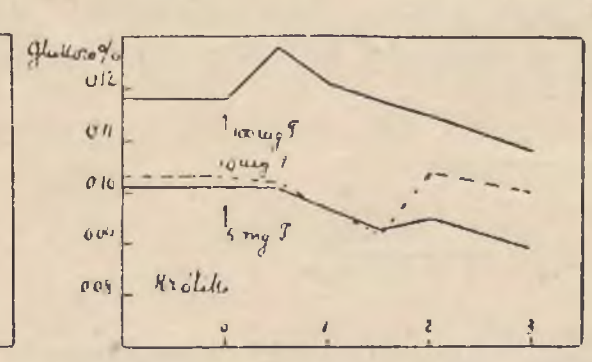


Fig. 4.

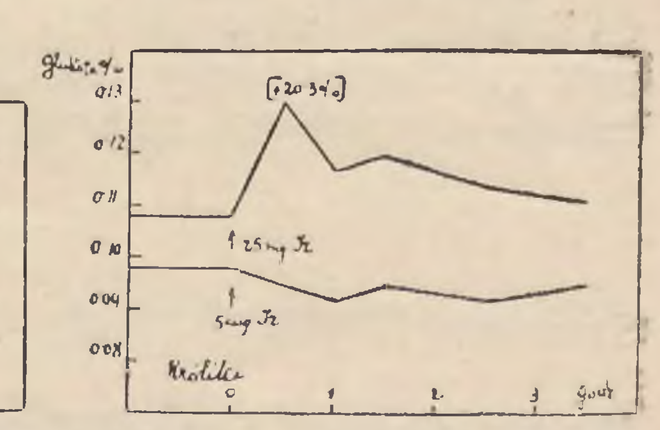


Fig. 5.

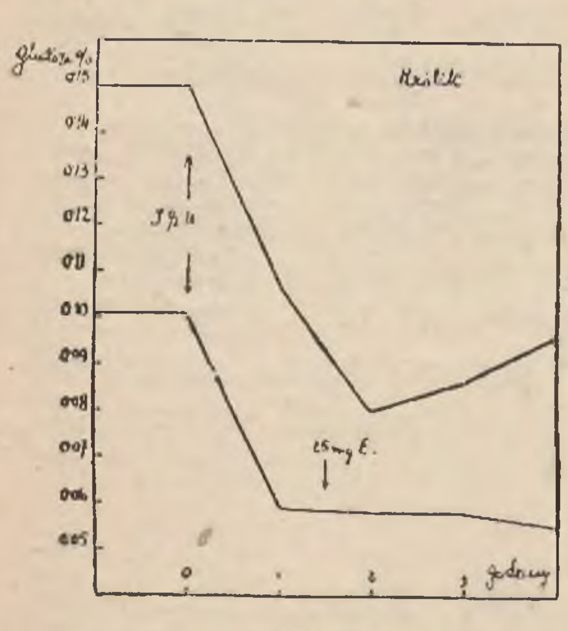


Fig. 6.

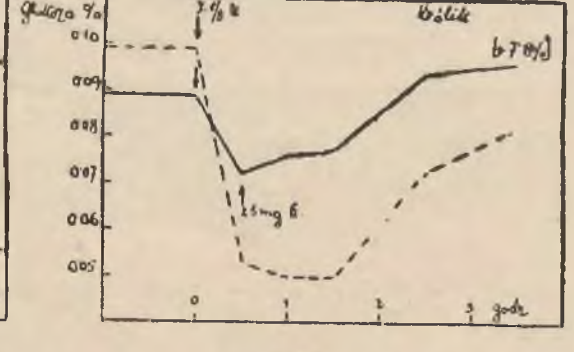


Fig. 7.

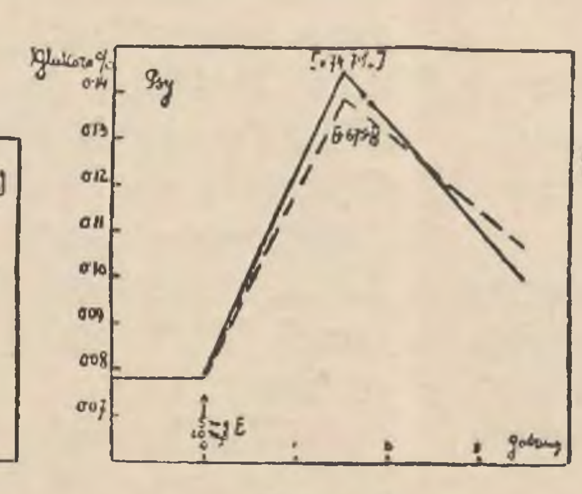


Fig. 8.

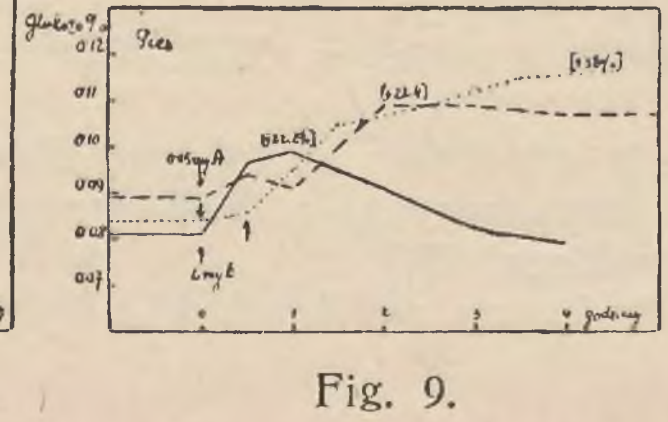


Fig. 9.

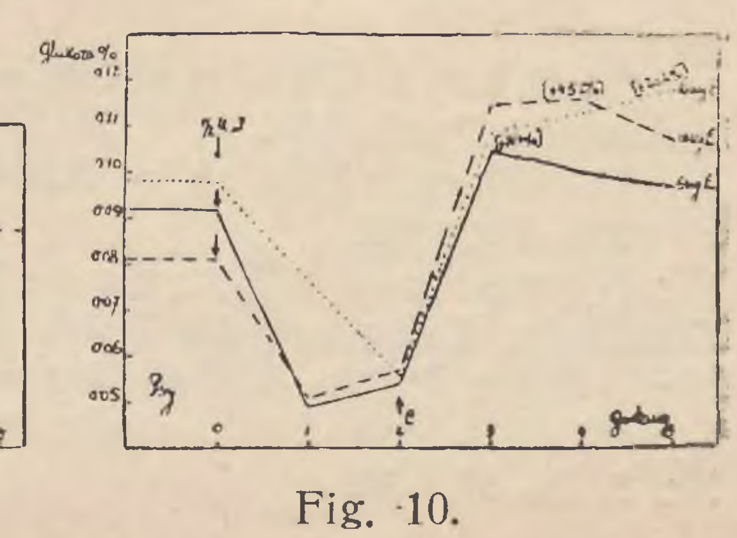


Fig. 10.

Fig. 4. Wpływ 5 mg (dolna linja) 10 mg (przerywana linja) i 100 mg (linja górna) tyraminy *per kilo*, wstrzykniętych dożylnie, na cukier krwi królika.

Fig. 5. Wpływ 5 mg (dolna linja) i 25 mg (górna linja) izoamylaminy *per kilo*, wstrzykniętej dożylnie, na cukier krwi królika.

Fig. 6. Wpływ $^1/_2$ jednostki insuliny Burroughs Wellcome *per kilo*, podskórnie, na cukier krwi 2 królików.

Przy strzałce dożylne wstrzyknięcie 25 mg efedryny jednemu z królików.

Fig. 7. Antagonistyczne działanie 1/8 jednostki insuliny *per kilo* i 25 mg efedryny (linja ciągła) na cukier krwi królika.

Linja przerywana wskazuje działanie 1/8 jednostki insuliny bez efedryny.

Fig. 8. Wpływ 5 mg (linja ciągła) i 20 mg (linja przerywana) efedryny *per kilo* dożylnie, na cukier krwi psów.

Fig. 9. Synergistyczne działanie 0.05 mg adrenaliny *per kilo podskórnie* i 2 mg efedryny *per kilo* dożylnie, na cukier krwi psa (linja kropkowana).

Linja ciągła odnosi się do działania 2 mg efedryny *per kilo*, linja przerywana do 0.05 mg adrenaliny *per kilo*.

Fig. 10. Antagonistyczne działanie $^1/_2$ jednostki insuliny *per kilo* podskórnie i 5—10 mg efedryny *per kilo* dożylnie na cukier krwi psów.

Linja ciągła i kropkowana odnoszą się do tego samego psa.

E. LEYKO.

Działanie nasercowe nowych środków syntetycznych.

Z zakładu Fizjologji i Biochemji, University College, London.

Kamfora, stosowana jako *analepticum*, posiada wiele stron ujemnych w codziennej praktyce lekarskiej. Jest ona prawie nierozpuszczalna w wodzie, a wprowadzenie dożylne jej roztworu w oliwie jest niebezpieczne. Oprócz tego ulega ona w ustroju bardzo szybko zmianom chemicznym i związki w ten sposób powstałe są farmakologicznie nieczynne. Dlatego oddawna usiłowano przygotować związki syntetyczne o działaniu zbliżonem do kamfory, lecz rozpuszczalne w samej wodzie lub w wodnych roztworach innych substancyj.

Wynikiem tych usiłowań było pojawienie się na rynku kilku nowych tego rodzaju środków jak: kardjazol, koramina, hekseton, które w działaniu na zwierzęta wykazały wielkie podobieństwo do kamfory, lecz posiadają tę nad nią wyższość, że są łatwo rozpuszczalne i mogą być użyte podskórnie i dożylnie lub *per os*. Oprócz ich działania ośrodkowego wielu autorów przypisuje im także bezpośrednie, pobudzające działanie na samo serce.

W tym celu przeprowadziliśmy badania z temi związkami, jak również badania porównawcze efedryny, efetoniny i adrenaliny na preparacie sercowo-płucnym Starlinga. Preparat ten bowiem nadaje się doskonale do badań bezpośredniego wpływu środków na samo serce, w warunkach zbliżonych do normalnych, przez wykluczenie szeregu czynników, jak wpływ ośrodkowego układu nerwowego i wpływ obwodowego układu krwionośnego, które zmieniając rytm, dopływ krwi żylnej i objętość wyrzutową serca, mogłyby zatrzeć ich bezpośrednie działanie na sam mięsień sercowy.

W preparacie sercowo-płucnym wszystkie warunki doświadczalne, jak temperatura, dopływ krwi żylnej, ciśnienie tętnicze, mogą być dokładnie kontrolowane i utrzymywane bez zmian w ciągu całego doświadczenia.

Pod napięciem mięśnia sercowego rozumie Starling mechaniczną wydolność włókna mięśniowego t. j. stosunek energji mechanicznej do całkowitej energji wyzwolonej, która to energja zależy od początkowej długości włókien mięsnych czyli od objętości rozkurczowej serca.

W określeniu więc Starlinga oznacza to, że jeżeli tę samą pracę wykonywują dwa serca, jedno o mniejszej, drugie o większej objętości rozkurczowej, sprawność mechaniczna pierwszego jest większa i jego napięcie lepsze od drugiego serca.

Tak więc serce, pod działaniem środka rzeczywiście tonizującego, jest zdolne wykonać tę samą pracę jak uprzednio przy mniejszej objętości, a mierząc objętość rozkurczową serca możemy określić jego napięcie.

Objętość serca mierzyliśmy w zwykły sposób zapomocą kardjometru, połączonego z dużym zapisywaczem i jego zmiany objętości utrwalaliśmy na kymografjonie. Objętość wyrzutową serca oznaczaliśmy przez mierzenie ilości krwi wypływającej po stronie żylnej, a krążenie w naczyniach wieńcowych przez mierzenie krwi, wypływającej z kanjuli Morawitza, wprowadzonej do zatoki wieńcowej.

Środki badane dodawano do rezerwuaru krwi żylnej (około 500 cm^3).

Otrzymane wyniki upoważniają do wyprowadzenia następujących wniosków.

1. Kardjazol nie posiada żadnego obwodowego działania na serce.

2. Koramina w małych dawkach nie wywiera żadnego wpływu na serce, w większych zaś wywołuje rozszerzenie serca.

3. Hekseton w słabych roztworach również jest bez wpływu na wyodrębnione serce, w silniejszych zaś rozszerza serce, które podobnie jak rozszerzenie po koraminie nie ustępuje pod wpływem atropiny.

Salicylan sodowy w dawkach zawartych w roztworach heksetonu rozszerza serce tylko przejściowo, rozszerzenie więc serca pod wpływem heksetonu zależeć może albo od samego tylko heksetonu, albo łącznie od obu substancyj.

4. Kardjazol nie posiada żadnego wpływu na naczynia wieńcowe serca.

5. Koramina rozszerza naczynia wieńcowe.

6. Hekseton i salicylan sodowy zwężają przejściowo naczynia wieńcowe serca.

Na podstawie wyników ujemnych, otrzymanych na preparacie sercowo-płucnym, można wnioskować, że pobudzający wpływ na krążenie badanych środków nasercowych, opisanych przez wielu badaczy, musi być pochodzenia ośrodkowego.

7. Efedryna i efetonina wywierają tonizujące działanie na serce, gdyż pod ich wpływem serce wykonuje tę samą pracę przy zmniejszonej objętości rozkurczowej.

Przyśpieszenie czynności serca pod wpływem tych środków nie odgrywa tu żadnej roli, gdyż podobne wyniki otrzymano na sercu bijącem pod wpływem prądu elektrycznego w rytmie szybszym, aniżeli pod działaniem samej efedryny lub efetoniny.

Badania porównawcze przeprowadzone między efedryną, efetoniną i adrenaliną wykazały, że działają one 20 razy słabiej od adrenaliny.

8. Efedryna i efetonina podobnie jak adrenalina, użyte w tym samym procentowym stosunku, jak uprzednio (20:1) rozszerzają naczynia wieńcowe serca prawie w tym samym stopniu co i adrenalina.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Robert Bernhardt, Dr. Edward Bruner i Dr. Albin Racinowski: *Gruźlica skóry*. 37 rycin w tekście. Stron 136. Poznań 1932. Nakładem Nowin Lekarskich.

Leży przede mną monografja napisana przez trzech wybitnych dermatologów warszawskich. Nad tytułem książki widnieje napis: Prace Szpitala Św. Łazarza. Poniżej uderza w oczy I., widocznie jako zapowiedź, że prac podobnych będzie więcej. Zanim omówię samą pracę, muszę dla nieznających środowiska naświetlić choćby w niewielu słowach znaczenie dermatologicznego *milieu* Szpitala Św. Łazarza w Warszawie oraz jego filaru w osobie Dr. R. Bernhardta.

Trzeba pamiętać, że w okresie zaborczym polska twórczość dermatologiczna znalazła ujście w Warszawie nie w ośrodkach uniwersyteckich, stojących pod kierunkiem profesorów rosyjskich, ale w Szpitalu miejskim św. Łazarza. Nic też dziwnego, że na ordynatorów Szpitala dobierano w drodze konkursu najwartościowszy materjał lekarski. Wystarczy, jeżeli wymienię Watraszewskiego, Kozarskiego, Kopytowskiego i innych, których nazwiska pozostawiły ślady poważnej pracy w polskiem piśmiennictwie dermatologicznem. Dobór pracowników, olbrzymi materjał chorych, jakim dysponuje Szpital, sprawna organizacja, szlachetna emulacja i dobra tradycja sprawiły, że instytucja cieszy się tak wzięciem i szacunkiem wśród tamtejszego społeczeństwa, jak też, że wychodzi z tamtejszego warsztatu cały szereg bardzo wartościowych prac dermatologicznych.

Na tem tle wybija się szczególnie Dr. R. Bernhardt autor cennego podręcznika „Choroby skóry" oraz wielkiej ilości prac naukowych, zawsze oryginalnych. Dr. Bernhardt stworzył swoją szkołę, nic też dziwnego, że może sobie pozwolić na współbrzmiące *trio* monograficzne z Brunerem i Racinowskim.

„Gruźlica skóry" dzięki pracy trzech wspomnianych autorów uległa podziałowi na trzy części.

Część kliniczną (1—65 str.) opracował Dr. Bernhardt, część anatomo-patologiczną względnie histologiczną (66—75 str.) opracował Racinowski, część leczniczą (76—128 str.) oraz walkę spo-

łeczną z gruźlicą skóry (129—133) opracował Bruner. Praca — jakby wskazywały słowa Brunera (str. 78) jest przeznaczona dla lekarzy-praktyków, dlatego widocznie zgóry ułożona była wyraźna oszczędność w omawianiu stosunków histologicznych w porównaniu z kliniką i terapją skóry.

W części pierwszej wspomnianej pracy wybija się na plan pierwszy podział gruźlicy skóry. Oryginalny podział Bernhardta odbiega wyraźnie od układu przyjętego przez Lewandowskiego, jak w pewnym stopniu od podziału Dariera. Bernhardt nie oddziela właściwej gruźlicy skóry od tak zwanych tuberkulidów. Na podstawie własnych spostrzeżeń doszedł do przeświadczenia, że czynnikiem wywołującym powyższe schorzenie jest prątek gruźlicy, że brama wejścia zarazka może być włonna lub zewnętrzna, to też łączy je we wspólną całość gruźlicy skóry.

W ten sposób powstały następujące rozdziały: 1) Gruźlica prosówkowa rozsiana skóry. 2) Gruźlica wrzodziejąca skóry. 3) Gruźlica wilkowa czyli toczniowa. 4) Gruźlica rozpływna czyli rozmiękająca. 5) Gruźlica drobnogrudkowa czyli liszajowata. 6) Gruźlica grudkowo-zgorzelinowa. 7) Gruźlica stwardniała skóry a) typu Bazin, b) typu Darier-Roussy, wreszcie 7) gruźlica rumieniowa skóry.

Układ powyższy jest zbudowany bardzo logicznie i jest pewnego rodzaju wskaźnikiem jak zachowuje się prątek Kocha pod względem swej zjadliwości w skórze a nawet — jak chcą niektórzy autorzy — pod względem swej ilości. To celowe i świadome *decrescendo* w ugrupowaniu jednostek dozwala zwolennikom oddzielenia tuberkulidów od właściwej gruźlicy skóry znaleźć w pracy Bernhardta niejakie potwierdzenie swojego odmiennego stanowiska.

Niepodobna na tem miejscu omawiać poszczególnych odcinków tej pracy, naogół można powiedzieć, że część kliniczna stoi na wysokości zadania, że napisał ją bystry obserwator, doświadczony dermatolog i wysokiej miary erudyta. Rzecz cała napisana jasno, przystępnie, systematycznie wprowadza czytelnika w sedno rzeczy, po należytem choć krótkiem omówieniu zachowania się różnych gatunków prątka w skórze oraz odczynów biologicznych.

Rzecz — jak wspomniałem poprzednio — wielce wartościowa, wypełnia obok analogicznej pracy prof. Dr. Fr. Waltera (1927) lukę w naszem dermatologicznem piśmiennictwie monograficznem.

Osobiście pragnąłbym podnieść drobną uwagę, nie zmieniającą niczem logiki układu pracy Dr. Bernhardta. Chodzi mi mianowicie o stronę dydaktyczną.

Praca wspomniana stanowiąca kompendjum nowoczesnego stanu nauki o gruźlicy skóry nie jest i nie może być przeznaczona jedynie dla „smakoszów“, dla znawców przedmiotu, chybiłaby bowiem zamierzeniu. Jest ona przedewszystkiem podręcznikiem dla kształcącej się młodzieży. Z tego powodu osobiście pragnąłbym widzieć na czele całej grupy gruźlicy skóry — schorzenie podstawowe, najczęstsze, najbardziej pospolite, będące jedną z naszych społecznych klęsk, mianowicie gruźlicę wilkową *(lupus vulgaris)*. Opisem tego właśnie schorzenia zapoczątkował Lewandowski w części klinicznej swoją znakomitą monografję o gruźlicy skóry. To jest — wydaje mi się — bardziej słuszna metoda wbrew stanowisku szkoły francuskiej. Słuchacz bowiem prawie napewno nie zobaczy gruźlicy prosówkowej rozsianej skóry, rzadko kiedy ujrzy gruźlicę wrzodziejącą skóry, a opis obu tych spraw może mu zaciemnić na wstępie jasną drogę poznania gruźlicy przez zrozumienie istoty wilka.

Część druga napisana przez znawcę przedmiotu A. Racinowskiego jest, jak już wspomniałem, ujęta dość zwięźle, przedstawia jednak bardzo poprawną całość zagadnienia budowy histologicznej gruźlicy skóry.

Znowu pragnąłbym na tem miejscu uczynić drobną uwagę, mianowicie w części tej są zaledwie dwie ryciny i to dla słuchacza niezbyt przekonywujące. Ryciny w części pierwszej jak i następnej są bardzo poprawne, dobrze dostosowane i o należytym światłocieniu.

Część trzecia napisana przez E. Brunera, kierownika pracowni światłoleczniczej św. Łazarza napisana jest również ze swadą, dużą znajomością przedmiotu oraz podkreśleniem własnych zapatrywań na lecznictwo gruźlicy skóry ostatniej doby. W części tej omawia Bruner szczegółowo leczenie ogólne i miejscowe z omówieniem wartości poszczególnych sposobów leczenia, a dalej leczenie fizykalne i chemiczne. Z kilkakrotnego wracania do zagadnienia światła łukowego w leczeniu gruźlicy skóry widać, że Bruner jest entuzjastą metody Finsena, niemniej jednak przyznaje duże znaczenie innym sposobom leczniczym czy to będą chirurgiczne, chemiczne, świetlne, czy też wykonane na drodze elektrycznej. Bruner jest bardzo słusznie zwolennikiem świadomego, umiejętnego i wytrwałego leczenia skojarzonego a przeciwnikiem trzymania się niewolniczo tej lub innej ale jednej, choćby wypróbowanej metody leczenia.

Entuzjazm Brunera jako lekarza jest bardzo miły dla dermatologów mających styczność z gruźlicą skóry. Można też w całej rozciągłości zgodzić się z wnioskami Brunera, które ujmuje w wymownym rozdziale walki społecznej z gruźlicą skóry.

Byłoby bardzo wskazane i pożądane, by książka o gruźlicy skóry dostała się w ręce czynników społecznych, samorządowych i państwowych. Być może, że zrozumienie treści tej książki otworzyłoby powołanym czynnikom oczy na grozę klęski, jaką jest w naszem społeczeństwie panosząca się gruźlica skóry i być może, że zaczętoby traktować tę klęskę społeczną nie tak po macoszemu jak dotąd.

St. Ostrowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok VI, nr. 10, z 15 maja 1932: Z życia Związku lekarzy P. P. — R. Kleber-Dakowska: Odpowiedź na ankietę A. P. I. M. w kwestji walki z chorobami wenerycznemi w różnych krajach. — St. Sroczyński: Nowe poglądy na problem dietetyczny w zdrojowiskach (dok.). — G. Kremer: O znaczeniu Otwocka. — W. Lemiszewski: Oszczędności w kasie chorych.

Nowiny Lekarskie, rok XLIV, nr. 10, z 15 maja 1932: R. Bernhardt: Łojotok i trądzik wielopostaciowy. — J. Krotoski: Rozpoznanie i leczenie ostrego schorzenia trzustki w oświetleniu nowych badań. — J. Czyżak: Nowa próba ciążowa. — M. Wiśniewski: W sprawie działania nowego środka nasercowego stiminolu.

Lekarz Wojskowy, tom 19, nr. 10, z 15 maja 1932: R. Nitsch: Uwagi do pracy Drów J. Żurkowskiego i M. Kona p. t. „Epidemja duru brzusznego w środowisku szczepionem zapobiegawczo“ i uwagi własne o szczepieniach przeciwtyfusowych. — K. Neyman: Zawartość mocznika we krwi a w ślinie, soku żołądkowym, oraz w płynach wysiękowych i znaczenie jej dla kliniki. — W. Dzierżyński: Przedwczesne zrośnięcie szwów czaszki (dok.). — M. Gąsiorowski: Służba zdrowia w marynarce wojennej. (dok.). — Montrym-Żakowicz: Statystyka strat od broni chemicznej w czasie wojny światowej (c. d.).

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego, rok VII, nr. 1, za styczeń-luty 1932: St. Hiller: Głód jako zjawisko biologiczne. — T. Wąsowski: Wpływ gruczołów dokrewnych na odruchy błędnikowe. — A. Łapiński: Niektóre cechy biologiczne laseczek twardzieli nosa. — St. Marynowski, J. Muraszko i St. Borowski: Badanie nad odczynem Biernackiego i jego zachowaniem się pod wpływem kąpieli solankowych w Druskienikach.

Młoda Matka, nr. 10, z roku 1932: M. Gromski: Dzieci nerwowe — część trzecia. — Z. Glińska: Odżywianie dziecka w 2-gim roku życia. — L. Brennejsen: Jak należy pielęgnować uzębienie dziecinne. — T. Lewenfiszowa: Wydajność piersi a jakość pokarmu.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 20, z 19 maja 1932: L. Endelman: Najważniejsze choroby oczu wieku dziecięcego. — B. Grynkraut: Podstawy biologiczne leczenia guzów złośliwych promieniami Roentgena metodą dawek masywnych, nieintensywnych, typu radowego. — J. Nusbaum: Przypadek mięsaka żołądka (neuroma sarcomatodes). — M. Płońskier: O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwemi (streszcz. zbior.). — B. P. Muszkatblat: 3 lata działalności stacji opieki nad dzieckiem i matką.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XXI, nr. 2 z 15 maja 1932: Ś. p. Zygmunt Wąsowicz. — L. Korczyński: Uzdrowiska karpackie między Odrą a Dniestrem. — W. Spychała: Zakład im. W. G. Kerckhoffa w Bad Nauheim. — L. Korczyński: Naukowe i dydaktyczne bolączki polskiego zdrojownictwa. — J. Marzecki: Energetyczny wpływ kąpieli kwasowęglowych na ustrój.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 21, z 22 maja 1932: St. Krauze: Miareczkowe oznaczanie cukrów. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie (c. d.). — Sprawy zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.
La Presse médicale.

Nr. 8. — 1932.

Ch. Nicolle i Helana Sparrow: *Meksykański tyfus plamisty*. Autorowie mieli sposobność zapoznać się w Meksyku z tamtejszym tyfusem i przeprowadzać badania porównawcze nad kilkoma odmianami zakaźnika tyfusu plamistego (meksykański, afrykański z Tunisu i polski). Badania Moosera wykazały, że w Ameryce w endemicznem występowaniu tyfusu pewną rolę należy przypisać szczurom i ich pchłom. Autorowie omawiają różnice kliniczne tyfusu meksykańskiego i europejskiego, podnoszą, że pod względem klinicznym i etjologicznym są to odmiany tej samej jednostki chorobowej i obszerniej zajmują się rolą szczura. Zakaźnik tyfusu meksykańskiego wywołuje u szczura charakterystyczne schorzenie, przy którem występują zmiany w jądrach, ale zwierzęta nie giną, zachowując żywotny zakaźnik, który może być przeniesiony na innego szczura przez ukąszenie pchły. Zakaźniki innych tyfusów nie wywolują u szczura żadnych widocznych objawów chorobowych, ale przechowują się w nich i mogą być przeniesione na inne zwierzęta. Rola szczura w występowaniu endemji tyfusu polega na tem, że stanowi on rezerwuar zakaźników tyfusowych, z którego w pewnych okolicznościach pchły i inne pasorzyty mogą czerpać, przenosząc zakaźniki na człowieka. Natomiast w szerzeniu się tyfusu z człowieka na człowieka główną rolę należy przypisać wszom. Ponieważ szczury nie giną przy zakażeniu tyfusem — przeciwnie jak przy dżumie, — przeto ich znaczenie w etjologji tyfusu nie jest bardzo duże, przynajmniej w odniesieniu do tyfusu europejskiego.

L. van Bogaert, Borremans i Couvreur: *Uwagi o 3 przypadkach poodrowego zapalenia mózgu i rdzenia.* W ostatnich latach częściej występujących zapaleń mózgu i rdzenia po odrze, nie należy zdaniem autorów tłumaczyć zjawieniem się jakiegoś nieznanego zarazka przesączalnego. Takie zapalenia w swej postaci ostrej, występującej w początkowym okresie choroby, są wywołane silnem zatruciem. Późno występującą postać zapalenia należy tłumaczyć alergicznym odczynem ze strony układu centralnego. Odczyn ten zwykł występować u osobików ze słabą reakcją skórną i niedostatecznie rozwiniętą ochronną barjerą oponowo-mózgową.

Nr. 9. — 1932.

A. Netter: *Rola szczurów i ich pasorzytów w szerzeniu się tyfusu plamistego.* Autor omawia chorobę opisaną swego czasu przez Brilla w Nowym Jorku, rozpoznaną później jako łagodny, endemicznie występujący tyfus plamisty, który cechuje się małą śmiertelnością i sporadycznem pojawianiem się, w odróżnieniu od europejskiego i afrykańskiego (tuniskiego) tyfusu. W czasie wojny i po wojnie w krajach zachodniej Europy, w Ameryce i Australji obserwowano również takie sporadyczne przypadki tyfusu plamistego, w których nie można było wykazać związku przyczynowego z ogniskami wschodniej Europy. Ponieważ stwierdzono, że szczury w takich miejscowościach mogą ulec zakażeniu tyfusem i chociaż nieznacznie tylko chorują i nie giną wskutek tego zakażenia, to jednak zachowując zakaźniki tyfusu mogą przez pchły być przyczyną zakażenia u ludzi — jak to stwierdzono w tyfusie meksykańskim, — przeto autor jest zdania, że szczury są ważnem źródłem szerzenia się tyfusu i że poznanie roli szczurów pozwoli zniszczyć ogniska endemicznego tyfusu plamistego.

M. Brulé i T. L. Althausen: *Badanie funkcjonalne wątroby metodami opartemi na jej regulacji węglowodanowej.* Autorowie wprowadzili nowe metody badania czynności wątroby. Określają zdolność regulowania wątroby przemiany cukrowej w ten sposób, że łączą działanie insuliny z równoczesnem podaniem cukru gronowego i wody. Po wprowadzeniu podskórnem 20 j. insuliny podają 50 g cukru i 1500 cm^3 wody, badając w pewnych odstępach czasu poziom cukru we krwi. U ludzi zdrowych można wykreślić krzywą, która wykazuje w pierwszych 2 godz. przecukrzenie, a w trzeciej niedocukrzenie krwi nie większe od 0,2 mg % poniżej normy. U chorych na wątrobę to następowe niedocukrzenie krwi wykazuje znacznie wyższe wartości. Krzywa otrzymana po zastąpieniu cukru gronowego galaktozą przedstawia się inaczej. U zdrowych niema takiego przecukrzenia w pierwszej fazie jak po cukrze gronowym, natomiast u chorych przecukrzenie to jest bardzo wysokie. Tłumaczy się to tem, że galaktoza nawet w obecności insuliny, w przeciwieństwie do cukru gronowego, nie może być wykorzystana bezpośrednio przez tkanki, musi ona przejść przez stadjum glikogenu w wątrobie. Próba z galaktozą, oparta na stwierdzeniu cukru w moczu, nie daje na podstawie doświadczeń autorów dobrych wyników rozpoznawczych w ciężkich formach zaburzeń wątrobowych. Doświadczenia przeprowadzone z próbą adrenalinową (0,5 mg podskórnie) wykazały, że przecukrzenie u chorych na wątrobę nie jest zmniejszone, występuje ono bowiem tak samo jak u zdrowych, a może nawet osiąga wyższy poziom. Stwierdza się jednak znaczne opóźnienie tego przecukrzenia poadrenalinowego.

Nr. 10, 1932.

P. Giraud i Coulange: *Leczenie dziecięcej kala-azar.* Autorowie podnoszą, że od czasu zastosowania leczenia antymonem, kala-azar przestała być chorobą nieuleczalną, następnie omawiają wyniki lecznicze otrzymywane po dożylnych zastrzykach emetyku oraz po organicznych połączeniach antymonowych jak stibenyl i neostibosan, które wstrzykiwali domięśniowo. Dawkowanie i ilość zastrzyków zależy od ciężkości przypadku i zdolności reagowania organizmu na antymon, zasadą powinno być stałe przepojenie organizmu antymonem, co można otrzymać zazwyczaj przez dawki graniczące z dawkami toksycznemi. Przerwanie kuracji antymonem prowadzi do tego, że lejszmanje stają się oporne na antymon. Obok właściwego leczenia antymonem nie bez znaczenia jest też leczenie dopełniające, jak stosowanie środków higjenicznych, leczenie fizykalne, farmakologiczne, przetaczanie krwi, czasem wycięcie śledziony. Całkowite wyleczenie otrzymano w przeszło 70% przypadków należycie leczonych (na 63 chorych).

Nr. 11, 1932.

E. Chabrel, R. Charonnat i A. Busson: *Oznaczanie barwika żółci we krwi przy pomocy reakcji dwuazowej (granicznej).* Autorowie omawiają dotychczasowe metody oznaczania barwika żółci we krwi, a to metody oparte na bezpośrednim porównywaniu barwy surowicy z roztworem chromianu, metoda Gilberta i Herschera oparta na utlenianiu bilirubiny przez kwas azotawy, która jest dobra, ale średnio czuła, oraz bardzo czułe metody oparte na reakcji dwuazowej Ehrlicha. Na tej metodzie oparta jest metoda van der Bergha, który to badacz rozróżnia reakcje t. zw. pośrednią i bezpośrednią. Pośrednia reakcja dwuazowa nie jest dotąd w swojej istocie wyjaśniona, autorowie rozważają różne momenty, wpływające na występowanie tej reakcji i na podstawie doświadczeń podają, że alkohol używany w tej reakcji powoduje znaczne straty, ponieważ jest on złym rozpuszczalnikiem bilirubiny. Metoda proponowana przez autorów opiera się na reakcji dwuazowej i zasadza się na tem, że surowicę krwi rozcieńczoną najpierw do normalnej barwy surowicy, a następnie przez stężony 15% roztwór siarczanu magnezu, zadaje się odczynnikiem dwuazowym i określa się, przy jakiem rozcieńczeniu wystąpi barwny pierścień, który pojawia się przy obecności 2 mg bilirubiny na 1 litr. Ta metoda nadaje się specjalnie przy żółtaczkach, w których poziom bilirubiny we krwi nie przekracza 20 mg na litr.

Sp. Livierato: *Brucelloza (gorączka falująca) w Grecji.* Autor podając rozprzestrzenienie gorączki falującej w Grecji, zaznacza, że na wyspach greckich gorączka maltańska panuje endemiczne, opisuje jej przebieg kliniczny, przyczem obok znanych objawów i powikłań omawia dwa przypadki *endocarditis lenta,* które wystąpiły na tle gorączki falującej. Na podstawie obserwacyj i statystyk szpitalnych sądzi, że prawie wyłącznym czynnikiem etjologicznym jest *micrococcus melitensis,* podczas gdy pałeczka ronienia zakaźnego bydła *(B. abortus Bang)* odgrywa w Grecji małą rolę. Wprawdzie ronienie zakaźne wśród krów obserwowano, i to miało ono być zawleczone z krowami sprowadzonemi z Polski — ale badania serologiczne u chorych z gorączką falującą nie przemawiają za większem znaczeniem pałeczki Banga, chociaż niedokładnie przeprowadzone badania statystyczne i bakterjologiczne nie pozwalają na ścisłe określenie roli chorobotwórczej tej pałeczki. W sprawie leczenia autor podkreśla bardzo dobre wyniki otrzymane po szczepionkach, stosowanych domięśniowo lub doustnie.

G. Jayle i J. Cabanac: *Unerwienie przewodu pokarmowego przez nerw błędny.* Na podstawie badań anatomicznych autorowie wykazują, że nerw błędny nie ogranicza się do unerwienia przewodu pokarmowego tylko do zastawki Bauhina, ale że unerwia on także kiszki grube, w każdym razie można anatomicznie wyosobnić włókna n. błędnego udające się do okrężnicy poprzecznej i do zwoju krezkowego dolnego. Nerw błędny jest nerwem ruchowym całego przewodu pokarmowego i porażenie nerwu sympatycznego i nerwów miednicowych, np. przez znieczulenie rdzeniowe, sprowadza perystaltykę całego jelita. Do dolnych odcinków przewodu dochodzą szare włókna, należące do nerwu błędnego.

Skowroński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 24 lutego 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Walter.

Kol. Cikowski przedstawia preparat macicy ciężarnej w IV. m. ks. ciąży, powikłanej rakiem części pochwowej. Preparat ten uzyskano zabiegiem operacyjnym sposobem Wertheima u pacjentki 40-letniej. Mimo utrzymujących się krwawień pacjentka ta zastąpiła w ciążę. Ciąża hamuje lokalny rozrost raka, nie hamuje jednak przerzucania się jego drogami limfatycznemi. Na kilkanaście przypadków kliniki kobiecej krakowskiej mimo niedużych zmian na części pochwowej stwierdzono w większości przypadków przerzuty w gruczołach limfatycznych i to wysoko usadowionych. Być może, że ciąża wpływa korzystnie na miejscowe zmiany w szyjce, nie hamuje jednak jego rozszerzenia się drogami limfatycznemi. Stąd wynikają sprzeczne zapatrywania autorów na wpływ ciąży na raka, spostrzegane u ludzi i zwierząt doświadczalnych. Następnie prelegent przedstawia dwa preparaty mięśniaków podśluzowych macicy i omawia ich stosunek do błony śluzowej macicy i przyczynę krwawień. W błonie śluzowej macicy nie zachodzi prawie nigdy przerost gruczołowy pod wpływem rosnących mięśniaków. Do przerostu gruczołowego prowadzić mogą jedynie trzy czynniki. Jeden, to bodźce wychodzące z nieprawidłowej czynności jajnika, drugi to zmiany zapalne błony śluzowej (rzadko) i trzeci to nowotwory jajników, reaktywujące czynność jajników. Przeciwnie, wskutek rozwijających się mięśniaków podśluzowych powstaje w pierwszem stadjum obrzęk, później zanik błony śluzowej. Te zmiany należy tłumaczyć czysto mechanicznie na tle zaburzeń w krążeniu. Wypełnienie naczyń krwią zależy w dużym stopniu od fazy cyklu miesiączkowego. Przedmiesiączkowe nastrzykanie prowadzi do wcześniejszego pękania już uprzednio rozszerzonych naczyń. Skurcze macicy, których zadaniem jest usunięcie mięśniaka przedśluzowego ułatwiają pękanie naczyń przez przesuwanie błony śluzowej w stosunku do powierzchni mięśniaka. Stąd krwawienia miesięczne są bardzo obfite, przyśpieszone, przedłużone i połączone z bólami. Długotrwałość krwawień jest uwarunkowana niedostatecznem łuszczeniem się błony śluzowej wskutek czynników mechanicznych.

W przypadkach późniejszych, gdy mięśniak podśluzowy doprowadził do zaniku, a ewentualnie zniszczenia błony śluzowej, to krwawienia miesiączkowe zatracają charakter cykliczny i przechodzą w krwawienia nieregularne, gdyż dołącza się krwawienie z samego nowotworu.

Na potwierdzenie powyższych wywodów przedstawia prelegent dwa mięśniaki podśluzowe, jeden z ogólnym obrzękiem groniastym błony śluzowej, drugi z zanikiem błony śluzowej. Wkońcu przedstawia prelegent mięśniak podśluzowy, który uległ w całości martwicy krwotocznej. Do martwic tych prowadzi zupełne odcięcie krążenia guza. Z pośród licznych przyczyn prowadzących do zaburzeń w krążeniu mięśniaków wymienia prelegent dwie najważniejsze t. j. szybki wzrost guza wywołujący ucisk i wyciąganie naczyń wewnątrz torebki i skurcze macicy, mogące całkowicie podwiązać naczynia mięśniaka podśluzowego.

W dyskusji kol. Wojciechowski podniósł znaczenie badań mikroskopowych błony śluzowej w przypadkach mięśniaków, nawiązując do ujemnych wyników po wyłyżeczkowaniu tych przypadków.

Kol. L. Heilpern wygłasza odczyt p. t. „O leczeniu osłaniająco-adsorbcyjnem wrzodu trawiennego i stanów nadkwaśności koloidalnym wodorotlenkiem glinu“ (patrz nr. 19. P. G. L.).

W dyskusji wzięli udział Kol. Reiner, Dr. Blasberg i prof. Dr. Tempka. Kol. Reiner zwraca uwagę, że jakkolwiek po podawaniu dużych dawek alkaljów występuje czasem wzmożenie się kwaśności żołądka, to jednak podawanie ich metodą Sippyego prowadzi najszybciej do bezbolesności przy wrzodzie żołądka. *Allucol* podaje chorym zwykle dopiero wtedy, gdy po alkalizacji wystąpiła bezbolesność, nie chcąc chorych narażać na pewne ogólne dolegliwości, mogące wystąpić po dłuższem podawaniu dużych dawek alkaljów, a również wychodząc z tego założenia, (stwierdzonego w literaturze o *Alloculu*, czego kol. Heilpern nie nadmienił), iż chlorek krzemu powstały w żołądku po podaniu *Allucolu* nie zostaje w jelitach zpowrotem wessany, lecz zostaje zupełnie wydalony z kałem, przez co odciąga się organizmowi pewną ilość jonów chlorowych potrzebnych mu do tworzenia HCl. Ocena, czy jakiś podawany środek działa lepiej niż inne, oraz czyby też i bez danego środka nie nastąpiła poprawa, jest zawsze trudną, a to szczególnie w przypadkach wrzodów żołądka, gdyż tu bolesność utrzymująca się po jedzeniu w okresie paru tygodni zawsze przechodzi naprzemian w dłuższy okres bezbolesności. Jak długo nie poznamy dokładnie przyczyny, co sprawia ból przy wrzodzie żołądka, czy *gastritis* towarzysząca, czy zmiany zapalne na otrzewnie i w gruczołach limfatycznych i t. d. oraz jaka jest jego patogeneza, tak długo wynajdywanie nowych środków odbywa się poomacku. Chociaż spotykamy się z przypadkami wrzodu żołądka ze zmniejszoną kwasotą, to jednak według mego zdania obecność HCl, jeśli nie przyczynia się do powstawania wrzodu, to jednak przyczynia się do jego przewlekłości. Obecnie używane środki lecznicze oraz diety wszystkie zdążają do tego, by zmniejszyć kwasotę żołądka lub uzyskać działanie osłaniające. *Ulc. ventr. simpl.* często same się goją, natomiast wrzody o wałowatych brzegach, jak je widzimy na operacjach, te są leczeniu oporne i tu przyznać musimy, że leczenie wewnętrzne bywa często bezsilne i musi ustąpić miejsca leczeniu operacyjnemu i to o ile możności resekcji żołądka, która znowu ma na celu nietylko usunięcie wrzodu, lecz także zmniejszenie się kwasoty żołądkowej, przez co zapobiega tworzeniu się *ulc. pept. jejuni,* który tak często występował po zespoleniu żołądkowo-jelitowem.

Kol. Chłopicki demonstruje przypadek *maladie des tics.* 11-letni chłopak od 6 miesięcy zaczął wykonywać dziwaczne ruchy kręcenia głową, podnoszenia barków, skręcania tułowia, wypinania brzucha, cmokania i t. d. wymawiał przytem poszczególne dźwięki, które z czasem przekształcały się w nieprzyzwoite słowa (potoczna nazwa genitaljów męskich i kobiecych). W tym czasie, gdy ujrzał kogoś znajomego na ulicy, odczuwał nie dającą się niczem opanować potrzebę głośnego nazwania danego osobnika po nazwisku — to samo przy wchodzeniu nauczyciela do klasy. Chory wstydził się swego niezrozumiałego dla niego samego zachowania — przestał wychodzić na miasto oraz chował się przed gośćmi, chcąc pozostać niewidzianym. Podczas swego kilkutygodniowego pobytu w szpitalu w Tarnowie nauczył się o tyle panować nad wymawianiem nieprzyzwoitych słów, że wystarczyło mu zamiast wypowiedzenia słowa chrząknąć i tem jednem chrząknięciem wyładowywał niejako swą potrzebę i uspakajał się. Powyższy stan z pewnemi wahaniami utrzymuje się dotąd. Pod względem neurologicznym pacjent nie wykazuje żadnych zmian organicznych w układzie nerwowym. Organy wewnętrzne bez zmian. Wassermann z krwi i płynu m.-rdz. ujemny. Dno oczu i pole widzenia bez zmian. Zasługuje na uwagę, zdaniem referenta, w tym przypadku utrwalenie się w obrazie klinicznym pewnych ruchów i pewnych wyobrażeń względnie słów — przypomina to t. zw. persewerację, to znaczy stany głębokiego zaburzenia czynności mózgu na tle zmian organicznych, prowadzących do patologicznego utrwalenia się i stąd do powtarzania ruchów, zwłaszcza wykonanych poprzednio lub poprzednio wypowiedzianych, a może bardziej przypomina t. zw. stereotypje, występujące przy daleko idących rozszczepieniach czynności psychicznych i polegające na uniezależnieniu się od osobowości pewnych ruchów lub też słów i wyobrażeń, co uwidacznia się pod postacią stałego wykonywania tych ruchów lub powtarzania słów, a nawet fragmentów słów. Charakterystyczną i interesującą w demonstrowanym przypadku jest właśnie równoległość przymusowego powtarzania słów z ruchami przymusowemi. Powyższe objawy pozwalają zaliczyć ten przypadek do t. zw. *maladie des tics,* opisanej przez Gilles de la Tourette. Omawiany przypadek stoi na pograniczu zaburzeń t. zw. czynnościowych i zaburzeń organicznych mózgu, albowiem tiki w poszczególnych mięśniach lub grupach mięśniowych spotykamy u osobników psychopatycznych, gdzie są one wyrazem dysharmonji i małej zwartości psychicznej tych osobników — ale podobne tiki obserwujemy również u chorych po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu, gdzie warunkują je niewątpliwe organiczne zmiany w jądrach podstawowych mózgu. Więc ogólnie rzecz ujmując, mamy w przedstawionym przypadku zaburzenia gospodarki energji psychicznej, upośledzającej kierowanie zarówno ruchami ciała, jak też przebiegiem, „ruchami“ myśli.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 2. i 9. marca 1932 roku ukazał się w Nr. 22. P. G. L.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 16 marca 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego przyjęto jednogłośnie.

Przyjęto 3 nowych członków: 1) Kol. Godlewskiego Wacława, 2) Kol. Śmigielskiego Jana, 3) Kol. Sałamańczuka Aleksandra

Kol. Szewczyk demonstruje preparaty anatomiczne:

1) płód *acranius anencephalus, meningocoele lumbosacralis et cervicalis.*

2) *tumores adnexorum tbc. ambilateralis.*

W dyskusji wzięli udział koledzy: Doc. Dr. Szymanowicz, Dr. Frommer, Dr. Reiner i Dr. Szewczyk w odpowiedzi.

Prof. Gieszczykiewicz wygłasza odczyt p. t.: *„Epidemjologja i profilaktyka grypy"*. (Przeznaczone do druku w P. G. L.).

Sekretarz: *Henryk Reiss.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

XIII Doroczne Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego odbyło się dnia 29 maja 1932 r. w Warszawie z następującym porządkiem dziennym: 1. Zagajenie zebrania przez prezesa Zarządu Głównego. 2. Wybór prezydjum zebrania. 3. Odczytanie protokołu XII Walnego Zebrania. 4. Sprawozdanie Zarządu Głównego z działalności Związku za rok ubiegły. 5. Sprawozdanie komisji rewizyjnej. 6. Rozpatrzenie i przyjęcie bilansu na dz. 31. XII 1931 r. 7. Preliminarz budżetu na rok 1932. 8. Wnioski Zarządu Głównego: a) w sprawie zmiany statutu Związku, b) w innych sprawach życia związkowego. 9. Wybór władz Związku. 10. Miejsce XIV Walnego Zebrania.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dnia 24-go maja 1932 r. o godz. 8 wiecz. 1. Roguski J.: Pokaz przypadku tętniaka urazowego prawej tętnicy podobojczykowej. 2. Hirszfeld L., Gorecki Zdz. i Goldberżanka: Badania nad postacią aglutynacji w odczynie Widala w związku z przebiegiem klinicznym duru brzusznego. 3. Misiewicz J.: Wpływ odmy sztucznej na przebieg gruźlicy doświadczalnej płuc u królików.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 25 maja b. r. o godzinie 8 wieczorem odbyło się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4 zwyczajne posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: Dr. Wiktor Frommer: Metoda accouchement forcé".

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XVII. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 20 maja b. r. o godz. 18-ej w Sanat. Kasy Chorych, ul. Kurkowa 31. Porządek dzienny: Demonstracje chorych. 1) Kol. Gruca: a) przypadki z chirurgji płuc (gruźlica, torbiel skórzasta), b) przypadek polipów żołądka, c) przypadki z chirurgji kończyn. 2) Kol. Garbień J.: a) przyp. ciała obcego w żołądku, b) przyp. nowotworu oczodołu. 3) Kol. Onyszkiewicz: a) przyp. sarcoma calcanei, b) przypadki ropni kostnych. 4) Kol. Gruca: pokaz przyrządów chirurgicz. 5) Kol. Cybulska E.: O objawie przysłuchowym po dożylnem podaniu eteru u chorych z jamami płuc.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XVIII. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 27 maja b. rż o godz. 18-ej w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Kol. Cybulska E.: O objawie przysłuchowym po dożylnem podaniu eteru u chorych z jamami płuc. 2) Kol. Fiałkowski: Przypadek torbieli macicy. 3) Kol. Frank-Pittowa: a) Dwa przypadki odosobnionego złamania I żebra, b) rzadka nieprawidłowość rozwojowa kośćca klatki piers. 4) Kol. Długosz: Pokaz prostego urządzenia własnej konstrukcji do przenoszenia napełnionych melangerów. 5) Kol. Dobrzański, Grabowski, Szumowski: O wartości rentgenodiagnostyki w otjatrji (wykład z przeźroczami).

VIII. Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego we Lwowie 27, 28, 29 czerwca 1932. Program wykładów VIII. Zjazdu Dermatologów Polskich w dniach 27, 28, 29 czerwca 1932 we Lwowie. I. Posiedzenie naukowe, poniedziałek 27 czerwca, godzina 15. (Klinika Dermatologiczna U. J. K., ul. Piekarska 69). Temat główny: Badania czynnościowe skóry. 1. Prof. Šamberger František (Praha): O funkcich kůže a jejich poruchách. (O czynnościach skóry i ich zaburzeniach). 2. Ass. Dr. Petraček Emil, (Praha): Kožni funkce a naevový terrain. (Czynności skóry a podłoże znamieniowe). 3. Leszczyński Roman (Lwów): Badania skóry bąblami barwnemi (część fizjologiczna). 4. Fedosiewicz Stanisław (Wilno): Alergja i odporność w infekcyjnych chorobach skóry. 5. Malski Tadeusz (Warszawa): Alergja skóry po szczepieniu grzybów. 6. Ostrowski Stanisław (Lwów): Zachowanie się odczynu tuberkulinowego wśródskórnego pod działaniem jadów wegetacyjnych. 7. Goldschlag Fryderyk (Lwów): Zachowanie się bąbla (założonego roztworem fizjologicznym) pod wpływem promieni o rozmaitej długości fal. — Przerwa 10 minut. — 8. Chorążak Tadeusz (Lwów): Cholesteryna we krwi i przyskórku w dermatozach z nieprawidłowem rogowaceniem. 9. Rubinstein D. i Oszast Z. (Kraków): Próby farmakodynamiczne przy niektórych schorzeniach wewnętrznych i skórnych. 10. Mierzecki Henryk (Lwów): Badania czynnościowe skóry w przemyśle. 11. Eljaszówna Anna (Lwów): Procesy wchłaniania i przenikania w skórze prawidłowej. 12. Rubinstein D. i Oszast Z. (Kraków): Zastosowanie farmakodynamicznych prób do metodycznego badania reakcji skóry. 13. Zisch Karol (Lwów): Próby wykazywania cukru w skórze. 14. Eljaszówna Anna (Lwów): Wpływ zmian w krążeniu na czynność naczyń skórnych.

II. Posiedzenie naukowe. Wtorek, 28 czerwca, godzina 9.30. (Klinika Dermatologiczna U. J. K., ul. Piekarska 69). 15. Pokazy chorych (od godziny 8 do 9,30). 16. Rozprawa nad przypadkami. 17. Ciąg dalszy programu z I. posiedzenia. 18. Rozprawa nad wykładami, dotyczącemi tematu głównego: Badania czynnościowe skóry. 19. Czaczkowski Józef (Lwów): Znaczenie fotografji barwnej i stereoskopowej dla dermatologji. (Pokazy i objaśnienia rzeczowe). 20. Mierzecki Henryk (Lwów): Morfologja i etjologja stygmatów zawodowych. (Pokazy przeźroczy i objaśnienia).

III. Posiedzenie naukowe. Wtorek, 28 czerwca, godzina 15. (Klinika Dermatologiczna U. J. K., ul. Piekarska 69). 21. Prof. Dr. Gawalowski Karel (Praha): Temat zastrzeżony. 22. Prof. Dr. Hübschmann Karel (Praha): Temat zastrzeżony. 23. Walter Franciszek (Kraków): Na marginesie stanu kostytucjonalnego, łojotokowego skóry. 24. Brunner Edward (Warszawa): Jak wyjaśnić działanie ogólnych naświetlań w leczeniu gruźlicy skóry. 25. Racinowski Albin (Warszawa): Parakeratoza i jej rola w schorzeniach skóry. 26. Alkiewicz Jan (Poznań): Struktura komórkowa paznokcia. 27. Legeżyński St. i Ostrowski St. (Lwów): Badania krwi chorych na gruźlicę skóry na obecność prątków Kocha metodą Loewensteina. 28. Reiss Henryk (Kraków): Badania nad histogenezą gruczołów łojowych i tłuszczu rogowego u płodów ludzkich. 29. Mienicki M. i Ryll-Nardzewski C. (Wilno): Odczyny u łuszczycowych w związku z pyroterapją. 30. Anferowiczówna Jadwiga (Wilno): Poziom wapnia w surowicy krwi w niektórych chorobach skórnych. 31. Sonnenberg Emanuel (Łódź): O leczeniu łuszczycy manganem. 32. Neumark Samuel (Łódź): O chorobie Oslera. 33. Goćkowski Jan (Warszawa): Mikrobiologiczne właściwości paciorkowców w schorzeniach skóry. 34. Nadel Aron (Lwów): Badania nad chemizmem skóry ludzkiej w schorzeniach układu nerwowego. 35. Sawicki Emil (Wilno): Temat zastrzeżony.

IV. Posiedzenie naukowe. Środa, 29 czerwca, godzina 9. (Klinika Dermatologiczna U. J. K., ul. Piekarska 69). 36. Sonnenberg Emanuel (Łódź): O wpływie leczniczym osutek posalwarsanowych. 37. Pawlas Tadeusz (Kraków): O hodowlach krętków bladych (wraz z pokazem czystych hodowli). 38. Straszyński Adam (Warszawa): Charakterystyka histologicznych zmian wykwitów skórnych we wczesnych okresach kiły wrodzonej z punktu widzenia przejawów odpornościowych, rozgrywających się w ustroju niemowlęcia. 39. Stopczański Jan (Kraków): Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą luotestu. 40. Walter Fr. i Trzebicky R. (Kraków): Badania hematologiczne w kile. 41. Bochyński Zygmunt (Poznań): Jontoforeza w leczeniu rzeżączki. 42. Merenlender Józef (Warszawa): Czy istnieje antagonizm między kiłą skóry a kiłą późną układu nerwowego. 43. Vernes A., Kwiatkowski S. i Chauchard H. (Paryż, Lwów): Działanie tryparsamidu na zmiany kiłowe w płynie mózgowo-rdzeniowym. (La tryparsamid, son mode d'action dans les infections du liquide cephalo-rachidien avec ou sans lesions cliniques neurologiques). 44. Neumark Samuel (Łódź): Przyczynek do poznania trzeciorzędnej kiły gruczołów chłonnych. 45. Reiss Henryk (Kraków): Próby wzmożenia działania leczniczego w rzeżączce cewki męskiej. 46. Obtułowicz Mieczysław (Kraków): Biologiczne zmiany we krwi w przebiegu rzeżączki. 47. Oszast Zbigniew (Kraków): Diatermja ostrych komplikacji w przebiegu rzeżączki. 48. Chylewski Włodzimierz (Warszawa): Wartość lecznicza bismutu liporozpuszczalnego. 49. Pawlas T. i Skowron S. (Kraków): Dalsze spostrzeżenia nad wpływem barwików akrydynowych na ustrój ludzki i zwierzęcy. 50. Kwiatkowski Stefan (Lwów): Organizacja walki z chorobami wenerycznemi we Francji. 51. Sawicki Emil (Wilno): Phenol-Alcohol jako antygen do odczynu Bordet-Wassermanna.

V. Posiedzenie naukowe. Środa, 29 czerwca, godzina 15. (Klinika Dermatologiczna U. J. K., ul. Piekarska 69). 52. Mienicki Marjan (Wilno): O zachowaniu się katalazy we krwi u chorych z gruźlicą skóry, leczonych dietą bezsolną. 53. Neumark Samuel (Łódź): W sprawie rumienia obrączkowego odśrodkowego. 54. Romanowa Janina (Kraków): W sprawie włókien kratkowych w zmianach chorobowych skóry. 55. Kwiatkowski S. i Woringer F.

(Lwów-Strasburg): Histiocytoma skóry. (l'Histiocytome de la peau). 56. Mierzecki Henryk (Lwów): Zastosowanie przetworów ropy krajowej w dermatologji. 57. Ryll-Nardzewski C. (Wilno): Przyczynek do etjologji łupieżu Devergie-Besnier. (Odczyn Abderhaldena). 58. Raszkes B. (Warszawa): Przypadek lichen nitidus o niezwykłej lokalizacji. 59. Srokowska Regina (Warszawa): Dwa przypadki uogólnionego zapalenia skóry po użyciu chininy. 60. Kauczyński Klemens (Lwów): Wpływ surowicy z ognisk gruźliczych skóry na przebieg odczynu tuberkulinowego. 61. Füllenbaum Laura (Lwów): Spostrzeżenia tyczące patogenezy, kliniki i leczenia rumienia obrączkowego odśrodkowego Dariera. 62. Engelkreis Wilhelm (Lwów): Doświadczenia z leczeniem chorób skórnych promieniami granicznemi (Bucky). 63. Nadel Aron (Lwów): O azocie różniczkowym krwi i skóry w przebiegu chorób skórnych. 64. Kauczyński Klemens (Lwów): Cryo-chemiczne leczenie tocznia pospolitego. — Zamknięcie Zjazdu.

Poznań.

W sali Śniadeckiego w Collegium Medicum odbył się w piątek, dnia 20 maja 1932, o godz. 20,15 drugi wykład z cyklu wieczorów dla członków Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk i ich rodzin. Prelegent i temat: Prof. M. Sobeski: Platon.

VIII. Posiedzenie Wydziału Lekarskiego T. P. N. wspólnie z Tow. Chirurgów Zach. Polski, odbyło się w piątek, dnia 27 maja 1932 r. o godz. 20,15 w sali wykładowej Kliniki Chirurgicznej U. P. (ul. Długa 1) z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Prof. Dr. Jurasz: Postępy w metodzie znieczulania rdzeniowego. 4. Prof. Dr. Jurasz: Sprawozdanie z IX. Międzynarodowego Kongresu Chirurgów w Madrycie w dniach 15—18 marca 1932.

Nowy Zarząd Pozn-Pom. Zrzeszenia Lekarzy. Na odbytem w Poznaniu dn. 17. IV. r. b. Walnem Zgromadzeniu członków Pozn.-Pom. Zrzeszenia Lekarzy Społ.-Kasowych, obrano Zarząd w następującym składzie: Prezes dr. Kazimierz Koronkiewicz, Wice-prezes dr. Kazimierz Lewiński, Sekretarz dr. Stanisław Tomaszewski, Skarbnik dr. Wincenty Dyduch. Do Sądu Koleżeńskiego weszli: Dr. A. Jackowski, dr. A. Stejnowa, dr. D. Horyński. Do Komisji Rewizyjnej:dr. Stanisław Schildt, dr. A. Kerc i dr. St. Kowandy.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 9 od 21-27/II 1932 r.		Tydzień 10 od 28/II do 5/III 1932 r.		Tydzień 11 od 6-12/III 1932 r.		Tydzień 12 od 13-19/III 1932 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	154	13	108	9	140	7	110	10
Paradury	—	—	—	—	—	—	2	1
Dur plamisty	58	7	67	9	74	5	65	5
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	1	—	3	—	2	—	4	—
Płonica	262	15	244	8	267	15	295	20
Błonica	311	28	256	21	254	17	255	11
Zap. op. mózg. (nagminne)	16	5	21	2	18	3	26	2
Odra	574	6	476	3	477	8	383	2
Róża	79	5	67	3	62	2	66	3
Krztusiec	190	3	192	11	266	11	141	8
Zimnica	2	—	—	—	—	—	2	—
Gorączka połogowa	27	9	33	7	29	9	23	7
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	331	—	360	—	324	—	292	—
Wąglik	—	—	—	—	1	1	1	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Włośnica	2	—	10	—	6	—	17	—
Wścieklizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	—	—	—	—	—	—	—	—
Choroba Heine Medina	—	—	1	—	—	—	—	—
Twardziel	1	1	—	—	2	—	—	—
Inne choroby zakaźne	223	5	272	4	646	7	74	8

Władze Tow. Chirurgicznego Warszawskiego ukonstytuowały się na rok bieżący jak następuje: Prezes Towarzystwa — A. Wertheim. Wice-Prezes: J. Mossakowski. Skarbnik: E. Tymieniecki. Sekretarz: L. Gout. Bibljotekarz: W. Ostrowski.

W sprawie ćwiczeń wojskowych Lekarzy zdrojowych, należących w charakterze oficerów rezerwowych do W. P., przypomina Zarząd P. T. B. pismo Departamentu Zdrowia Min. Spr. Wojsk. z dn. 4 kwietnia 1929, L. 1979/29, które opiewa: „W związku z pismem Dep. Zdrowia M. S. W. z dn. 19 czerwca 1928, L. 11918/28 zawiadamiam, że oficerowie lekarze rezerwy — balneolodzy mogą być powołani na ćwiczenia w okresie jesiennym lub zimowym, począwszy od 1-go października. Podania należy składać bezpośrednio do D-cy O. K.“.

Propagandowe wycieczki Ligi Morskiej i Kolonjalnej do Gdyni i na Hel. Zobaczyć największy cud Polski współczesnej, wyrosłą na piaskach Kaszubskich Gdynię, a zarazem poznać, wędrując statkiem po Wiśle, Płock, Włocławek oraz stolicę Pomorza Polskiego — Toruń, oto korzyści, jakie może uzyskać bez trudu każdy uczestnik wycieczek czterodniowych, organizowanych pod hasłem „Poznajcie Polskie wybrzeże morskie“, przez Zarząd Główny Ligi Morskiej i Kolonjalnej, Nowy Świat 35, tel. 315-88. Dziś, kiedy kryzys i drogie paszporty uniemożliwiają nam wyjazd na Jasny Brzeg, czy do drogich badów zagranicznych, nadszedł czas, abyśmy poznali nareszcie nasz własny kraj i przekonali się, że mamy gdzie pojechać i co zobaczyć. Wycieczki Wisłą do Gdyni wyruszają, poczynając od dnia 2 czerwca, w każdy czwartek z Warszawy. Wycieczki lądowe — w każdy piątek wieczorem. Liczba uczestników ściśle ograniczona. Dlatego zapisujcie się wcześniej, pamiętając o obowiązku każdego Polaka — zobaczenia własnego polskiego morza.

Ze świata.

Międzynarodowa wycieczka naukowa lekarzy do Austrji i Skandynawji. Uczestnicy zwiedzą zakłady lecznicze w Wiedniu i okolicy (8—12. VIII. 1932). Dnia 13. VIII. nastąpi podróż do Berlina i Kopenhagi na kongres światłoleczniczy, a stąd do Oslo i Sztokholmu. Z podróżą główną można połączyć podróż ze Sztokholmu do Helsingforsu i do Rosji (Leningrad, Moskwa, Kijów, Charków). Po bliższe informacje zwracać się do Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Biberstrasse 11. I. St.

Kurs dokształcający dla lekarzy, z dziedziny chirurgji oto-rhino-laryngologicznej, obejmującej technikę operacyją i lecznictwo chirurgiczne tak u osób dorosłych, jak i u dzieci odbędzie się w Strasburgu staraniem Wydziału Lekarskiego w Strasburgu, pod kierunkiem profesora Jerzego Canuyt w miejscowej nowej Klinice oto-rhino-laryngologicznej w czasie od 21 do 31 lipca 1932. Wszelkich wyjaśnień w sprawie tego kursu należy żądać pod adresem: Professeur G. Canuyt. Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique. Hopital Civil. Strasbourg.

W szpitalu morskim (Ospedale al Mare) na Lido (Wenecja) bywają corocznie urządzane pod kierunkiem prof. Ceresole teoretyczno-praktyczne kursy z dziedziny heliotalasse terapji. Kursy składają się z sekcji teoretycznej i praktycznej. Bliższych wiadomości należy zasięgać Ospedale al mare Lido (Venezia).

Karol Nicolle, laureat Nobla, sławny mikrobiolog francuski, dotychczasowy kierownik Instytutu Pasteura w Tunisie, objął katedrę medycyny w *College de France* w miejsce ustępującego d'Arsonvala. W mowie inauguracyjnej podkreślił między innemi, uderzający brak młodych lekarzy francuskich, którzyby pragnęli pracować w instytutach doświadczalnych.

W ostatnim (7) numerze „The Bulletin“, polsko-amerykańskiego miesięcznika lekarzy i dentystów znajdujemy portret i życiorys prof. dr. Adolfa Becka ze Lwowa, jak również i referaty szeregu prac oryginalnych polskich między niemi kilka z P. Gaz. Lek.

Redakcja otrzymała:

Desaux A. et Boutelier A.: Manuel pratique de dermatologie. Wydanie Masson et Comp. Paris 1932.

Elwicz St.: O istotnym przeroście gruczołu sutkowego. Odb. z Ginekologji Polskiej tom XI, nr. 1—3 z roku 1932.

Mikułowski W.: Beitrag zu dem sog, habituellen Erbrechen beim Kinde. Odb. z czasopisma Monatsschrift für Kinderheilkunde 53 Bd. 1932.

Mikułowski Wł.: Infantilisme renale. Odb. z czasopisma La pediatria rok XL, zeszyt 7 z 1932 r.

Stryjecki T.: Wpływ metali ciężkich i innych czynników na odczyn Biernackiego. Warszawa 1932.